NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de la province d'Anvers.
Annales de la Société médico-chirurgicale de Verviers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales médico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Rognetta.
Annales d'hygiène publique et de médecine lég.
Annales des maladies de la peau.
Archives générales de médecine.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Académies.
Clinique de Montpellier.
Gazette médicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse.
Journal de médecine et de chirurgie pratiques.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances médico-chirurgicales.
Journal de médecine de Lyon.
Journal de médecine de Nantes.
Journal de médecine de M. Trousseau.
Journal de chirurgie de M. Malgaigne.
Journal de chimie médicale.
Journal de la Société de médecine de Montpellier
Revue médicale.

NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE PAR

UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

1re PARTIE.

ARCHIVES

DE LA MÉDECINE BELGE ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me PARTIE.

BULLETIN

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me PARTIE.

REPRODUCTION

ET RÉVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

DÉCEMBRE 1846. — 7me Série. — T. XII.

Bruxelles,

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE DE N.-J. GREGOIR, ÉDITEUR,

FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1846.

SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archives de la médec. belge, p. 189-224.

Bulletin de l'Académie royale de médecine belge 225-235.

IV. PATHOL., THÉRAPEUT. ET CLINIQ. MÉDIC.

Path. interne. 1—3. *Revue* 18—19.
Thérapeut. 4—5. *Revue* 20—36.

V. ACCOUCHEM., MAL. DES FEM. ET DES ENF.

Maladies des femmes. 6—7. *Revue* 34.
Maladies des enfants. 8—10.

VI. CHIRURG., ORTHOPÉD. ET OPHTHALMOL.

Médecine opératoire. 11—14. *Revue* 24—31.

IX. Mal. syphilitiques. 15. *Rev.* 35—37.

XII. Généralités. 16—17.

Sociétés savantes, pag. 203—234.

Mélanges. 33, 21.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

(DÉCEMBRE 1846.)

MÉMOIRE SUR LA CURABILITÉ DE LA PHTHISIE PULMONAIRE ;

Par M. le docteur STACQUEZ, médecin principal de la maison de correction de St-Bernard, couronné par la Société de médecine pratique de la province d'Anvers.

La phthisie pulmonaire est-elle curable ? Cette question est une de celles sur lesquelles les médecins n'ont pu encore se mettre d'accord. Les uns prétendent que les malheureux, qui en sont atteints, sont inévitablement voués à une mort prochaine ; ils ne connaissent aucun exemple bien constaté de guérison. D'autres, au contraire, assurent que non-seulement cette maladie n'entraine pas inévitablement la mort; mais qu'elle n'est pas même aussi rebelle qu'on le pense aux ressources connues de l'art : à l'appui de ce qu'ils avancent, ils citent bon nombre de cas de guérison.

Voilà donc deux opinions contradictoires, exprimées d'une manière absolue. L'une ou l'autre nécessairement est basée sur une méprise, résultant d'un défaut d'attention, ou d'un manque d'expérience. Pour moi, j'oserai soutenir que toutes les deux sont également erronées, et j'espère que ma manière de voir sera partagée par les praticiens, qui examineront la question sans idée préconçue, et qui ont pour principe de ne se prononcer, qu'après avoir longtemps et soigneusement observé. Dans le cours de ce travail, il ne me sera pas difficile de prouver que les deux propositions ont été formulées par des médecins qui sont restés étrangers aux recherches d'anatomie pathologique, ou bien qui ont donné aux altérations organiques, qu'ils ont rencontrées, une interprétation inadmissible.

Je vais donc avoir à prouver qu'il n'est pas plus exact d'avancer que la Phthisie pulmonaire doit toujours entrainer la mort, que de prétendre qu'elle guérit facilement, particulièrement sous l'in-

fluence de telle ou telle médication. En combattant ces deux propositions si opposées, si absolues, je me baserai sur mes propres observations, plus encore que sur celles des autres ; non pas que je dédaigne tenir compte des travaux d'un grand nombre de médecins très-respectables, mais parce que je ne veux pas donner trop d'étendue à ce mémoire, et surtout par la raison que j'ai assez vu par moi même, pour oser émettre une opinion. Pour justifier ce que j'avance, je déclarerai, tout d'abord, que j'ai pu examiner plusieurs centaines de cadavres, et que le nombre des Phthisiques que j'ai observés est plus considérable encore. Je ne dois pas non plus négliger de faire remarquer que ces Phthisiques appartenaient à des classes diverses de la société, qu'il y en avait de tout âge, depuis l'enfance jusqu'à l'extrême vieillesse, et que la plupart des traitements connus ont été employés de la manière indiquée par ceux qui les ont recommandés.

Cet exposé était nécessaire pour prévenir certaines objections, et écarter surtout le reproche d'avoir voulu trancher une question, sans posséder les matériaux indispensables pour arriver à sa solution. Il ne s'agit pas, d'ailleurs, de trancher la question ; les travaux de Laennec, d'Andral, et d'autres observateurs, l'ont placée sous son véritable jour, et mes résultats différeront peu des leurs. En les soumettant à l'appréciation de mes collègues, mon but est de leur démontrer que ceux-là rendent un mauvais service à la science et à l'art de guérir, qui viennent inconsidérément propager des doctrines désolantes, en renouvellant des erreurs tombées en discrédit, ou bien qui s'efforcent d'attirer sur eux l'attention, par la relation de cures nombreuses et merveilleuses.

La Phthisie pulmonaire guérit quelquefois.... Bayle a prétendu le contraire, et a assuré que les cas, qu'on croyait avoir guéris, n'étaient que de simples catarrhes. C'était cependant un grand observateur que Bayle ; il n'avait certes pas négligé de se livrer à de nombreuses recherches sur le cadavre ; mais il interprêta mal des faits qui auraient dû lui faire reconnaître son erreur. Il a donné aux concrétions platreuses, pierreuses, crétacées, osseuses, qu'il a trouvées dans les poumons de quatre phthisiques (voir ses observations 32, 33, 34 et 39. — *Recherches sur la Phthisie pulmonaire.*) le nom de *Phthisie calculeuse*, créant ainsi une nouvelle maladie, d'un état qui n'était que la transformation d'une altération, qui en constituait une autre.

En lisant les quatre observations, dont je viens de faire mention, on ne conçoit pas comment un esprit aussi judicieux a pu tomber dans une pareille méprise ; à moins de supposer chez lui une idée préconçue, une ferme volonté de soumettre les faits à une théorie,

qu'il croyait solidement établie. Son observation 34 nous offre un beau cas de tubercules convertis en concrétions d'un blanc grisâtre, très-dures, comme platreuses ou osseuses, placées les unes dans le parenchyme du poumon, les autres, dans les bronches. La mort, comme il le reconnait, n'a pas été déterminée par la prétendue Phthisie calculeuse, mais par une pleuro-pneumonie, occasionnée par un refroidissement, pendant que le corps était en sueur. Si l'observation était plus complète, c'est-à-dire, si on y trouvait quelques renseignements sur les maladies antérieures de ce sujet, il est certain qu'on acquerrait la conviction qu'il a offert des symptômes de Phthisie, qui ont peu à peu perdu de leur intensité, et qui ont fini par disparaître. Mais Bayle, d'après l'idée qu'il se formait de ces concrétions, devait peu s'inquiéter des maladies antérieures; son observation 34 était pour lui une Phthisie à son début, et il l'a nommée, en effet, *Phthisie calculeuse simple au premier degré.* Sa conviction était que ces concrétions devaient se ramollir, et entrainer infailliblement la mort. Son erreur était donc bien grande.

L'observation 32 nous offre encore un exemple remarquable de guérison de tubercules, en même temps qu'elle nous donne la mesure de la préoccupation de l'auteur. Elle est intitulée *Phthisie ulcéreuse avec des nuances de la Phthisie calculeuse*, et nous trouvons une vaste caverne (elle pouvait contenir trois œufs de poule) dont les parois, dépourvues de membrane, étaient formées immédiatement par le tissu pulmonaire dur et condensé, dans l'épaisseur duquel existaient deux ou trois concrétions crétacées. Que cette vaste caverne soit résultée d'une pneumonie terminée par suppuration, ou bien, ce qui est plus probable, de la fonte d'une masse de matière tuberculeuse, cela importe peu ici; ce que je tiens à prouver, c'est que Bayle créait à peu près autant de Phthisies qu'il trouvait d'altérations différentes dans les poumons, sans guère s'inquiéter de leur origine et de la manière, dont elles étaient parvenues à l'état sous lequel elles se présentaient. Il eût cependant été facile à Bayle d'éviter les erreurs dans lesquelles il est tombé touchant l'origine de ces concrétions et le mode de transformation qu'il leur supposait, s'il eût été plus attentif, et s'il eût apporté, dans l'examen des altérations qu'il a rencontrées, un peu de cette logique qu'il possédait si bien, et dont il a su faire un si bon usage dans tant d'autres cinconstances. Dans son observation 39, intitulée : *Phthisie tuberculeuse et Phthisie calculeuse parvenues au dernier degré*, il a trouvé, à l'ouverture du cadavre, outre des cavernes pleines de pus, des tubercules blanchâtres et mous contenant, dans leur intérieur, des concrétions comme platreuses.

Il eût été si rationnel de considérer cet état comme une transformation qui s'accomplissait, qu'on pardonnera difficilement d'y avoir vu réunis les caractères anatomiques de deux maladies différentes.

J'ai cru important de signaler le peu de fondement des assertions de Bayle, d'autant plus que cet auteur a invoqué le témoignage de l'anatomie pathologique pour les étayer; ce qui a induit en erreur bon nombre de médecins qui l'ont cru sur parole, à cause de sa grande réputation.

On s'est livré à bien des conjectures pour expliquer le développement des concrétions calculeuses des poumons.

Cullen et, après lui, d'autres auteurs ont cru qu'elles étaient formées par les particules pulvérulentes, contenues dans l'air respiré; aussi croyaient-ils qu'on les rencontrait le plus souvent chez des individus dont le genre de vie les obligeait à séjourner dans des lieux où l'air est chargé de ces particules.

Laennec pensait que les concrétions calcaires, crétacées, des poumons se développent à la suite d'une affection tuberculeuse guérie, et qu'elles sont le produit d'un effort de la nature, qui, cherchant à cicatriser les excavations pulmonaires, a déposé avec trop d'exubérance le phosphate calcaire nécessaire à la formation des cartilages accidentels dont les fistules et les cicatrices pulmonaires sont le plus souvent formées.

Louis les regarde comme des dépôts de matière calcaire. On les a aussi considérées comme des produits de la diathèse goutteuse.

Ces opinions, ainsi que beaucoup d'autres, qu'il est inutile de rapporter, sont erronées et ont été victorieusement combattues.

Broussais, Andral, etc., ont expliqué le véritable mécanisme de cette transformation des tubercules. Selon eux, ces concrétions ne sont autre chose que de la matière tuberculeuse dépouillée, par la résorption, de sa partie la plus liquide et de sa matière animale. Andral, cependant, n'est pas éloigné de croire que l'inspiration d'un air chargé de particules pulvérulentes ne puisse être la cause de la formation de calculs dans les voies aériennes; mais alors, elles auront leur siége dans des kistes, au milieu du parenchyme pulmonaire.

La présence de concrétions crétacées, pierreuses, etc., dans les poumons est donc un indice certain de l'existence antérieure de tubercules. Qu'on ne croie pas cependant que ces concrétions se rencontrent si fréquemment; elles sont au contraire assez rares. Beaucoup de médecins ne les connaissent que par les descriptions qui en ont été données, même ceux qui sont en position de se livrer à des recherches sur le cadavre.

Il est vrai que Laennec déclare les avoir souvent rencontrées; mais le même hasard n'a pas favorisé tous les observateurs. Bayle ne rapporte que quatre cas de ce qu'il nomme *Phthisie calculeuse.* Andral, qui présume que les concrétions crétacées, pierreuses, osseuses, etc. formées dans les organes respiratoires, n'ont pas toutes la même origine, avoue que, deux fois seulement, il a pu constater qu'elles étaient incontestablement le résultat de la transformation de tubercules. Pour moi, sur plusieurs centaines de cadavres, que j'ai examinés avec le soin le plus minutieux, je n'ai trouvé que trois fois des tubercules transformés en concrétions calculeuses.

La première fois, ce fut chez un détenu nommé Douhay, âgé de 24 ans, qui venait de succomber à la suite d'une affection cancéreuse du tissu pulmonaire. Elles étaient en grand nombre, d'un petit volume, et la particularité la plus remarquable de cette observation, c'est qu'elles se trouvaient dans un poumon qui avait subi, dans sa totalité, la dégénérescence cancéreuse, qui contenait, en même temps, une multitude de tubercules miliaires et était creusé de cavernes. En outre, la vésicule biliaire renfermait une cinquantaine de calculs de diverses grosseurs, altération qui, sous le rapport étiologique, présente quelque analogie avec les concrétions des poumons; mais on conçoit qu'on ne peut tirer de conclusion de ce fait isolé, qui résulte, peut-être, d'une simple coïncidence. Quoiqu'il en soit, il est bien remarquable, et mérite de fixer l'attention. Il a été publié, il y a environ une année, et se trouve dans un des rapports que j'ai eu l'honneur d'adresser à Monsieur l'Inspecteur général du service de santé, sur le service de la maison de correction de St-Bernard (*Archives de la Médecine belge*, cahier de novembre 1844).

Le sujet qui m'a offert le second cas de concrétions calculeuses, que j'ai pu considérer comme des tubercules en voie de guérison, était un détenu nommé Grandjean, âgé de 23 ans, qui venait de succomber à la suite de la Phthisie pulmonaire. Les poumons étaient farcis de tubercules ramollis, et étaient creusés de cavernes. Dans le lobe supérieur droit existait une masse crétacée de la grosseur d'une noisette, et contenue dans un kiste à parois épaisses et résistantes. Ainsi, il est évident que, si ce tubercule eût existé seul, et ceci a déjà été observé, Andral en rapporte des exemples, il est évident, dis-je, qu'il n'aurait pas occasionné la mort.

En parlant de la guérison des tubercules par des dépôts de matière noire pulmonaire, je donnerai l'observation d'un détenu plus âgé, nommé Devreese, dans les poumons duquel j'ai aussi trouvé de ces calculs.

Il serait important de connaître sous l'influence de quelles causes les tubercules peuvent subir cette transformation. On conçoit combien cette découverte serait précieuse, et quel parti on en tirerait en thérapeutique. Malheureusement, nous en sommes encore réduits à nous livrer à des conjectures sur les circonstances qui président à cette opération de la puissance curative de la nature.

Beaucoup d'auteurs, Louis entre autres, ont cru que ces concrétions étaient particulières aux vieillards, mais il est loin d'en être ainsi. Le sujet de la 39me observation de Bayle n'était âgé que de 15 ans; ceux de mes deux premières observations étaient des jeunes gens de 24 et de 23 ans; Andral déclare qu'il n'a rencontré des concrétions calculeuses des poumons que chez de jeunes sujets. On voit tout d'abord que cette opinion de Louis est plutôt basée sur une théorie que sur l'observation, et n'est qu'une conséquence de sa manière de considérer ces concrétions, qui ne seraient que des dépôts de matière calcaire. Or il a été reconnu qu'il n'y avait là aucun dépôt, et que cette matière calcaire est celle que les tubercules contenaient, alors qu'ils n'étaient pas dépouillés de leur partie la plus liquide et de leur matière animale. Il n'y a donc pas là de dépôt, mais une simple résorption, et ceci paraitra plus évident encore, si on considère que ces concrétions sont souvent renfermées dans des kistes.

Il résulte de ce qui précède que les tubercules sont dépouillés, par l'absorption, de leur partie la plus liquide et de leur matière animale, et réduits ainsi en concrétions crétacées, pierreuses, osseuses, etc., ils peuvent séjourner dans le tissu pulmonaire sans l'altérer en aucune manière. Malheureusement, dans le plus grand nombre des cas, quelques tubercules seulement ont subi cette transformation, et les autres ont continué leur marche destructive. Il arrive encore que la mort est déterminée par la présence, dans d'autres organes, des masses plus ou moins considérables de matière tuberculeuse.

Ce mode de guérison des tubercules pulmonaires n'est pas le seul qui a été observé. On en connait encore plusieurs, dont un a particulièrement fixé l'attention de Laennec, je veux parler de la cicatrisation des cavernes. Si la transformation calculeuse s'opère le plus souvent lorsque les tubercules sont parvenus à l'état dit caséeux, la cicatrisation des cavernes ne peut avoir lieu qu'après que la matière ramollie s'est frayée une route au dehors, à travers les bronches, ou en perforant les parois de la poitrine; à moins qu'on ne suppose qu'elle ait pu être absorbée. Il est évident que ce mode de guérison doit s'opérer dans des circonstances plus dé-

favorables, aussi les cas bien constatés de cavernes cicatrisées sont-ils beaucoup moins fréquents. Louis n'en a jamais observé, bien que ses recherches aient porté sur 358 sujets. Par contre, Laennec et Andral prétendent en avoir rencontré un assez bon nombre de cas; mais ils sont les seuls qui jusqu'ici aient été aussi heureux. Quoiqu'il en soit, si tous les médecins, au courant de la science, connaissent les faits rapportés par les auteurs que je viens de citer, très-peu ont eu occasion de voir une de ces cicatrices.

Le hasard m'a favorisé sous ce rapport.

Chez un militaire, le nommé Rogroiz, âgé de 36 ans, qui succomba en 1840, à l'hôpital de Tournay, à la suite de la phthisie pulmonaire, nous avons trouvé dans le lobe supérieur droit, outre un grand nombre de tubercules ramollis et plusieurs cavernes remplies de pus, une cavité communiquant avec des rameaux bronchiques, et dont les parois étaient constituées par une substance lisse, blanchâtre, d'apparence cartilagineuse.

Personne ne se refusera à reconnaître ici une excavation, dont les parois sont cicatrisées, et qui a succédé à l'expectoration d'une masse de matière tuberculeuse. L'existence, dans le même poumon, d'une quantité de tubercules ramollis et de plusieurs cavernes pleines de pus, ne permet pas le doute à cet égard. Il est vrai que cela n'a guères servi au malheureux malade, mais il n'en est pas moins certain que la guérison eût été radicale, si cette masse eût existé seule. Il aurait pu en être ainsi : on possède quelques exemples de l'existence d'un seul tubercule dans les poumons; Andral, comme je l'ai déjà dit, en rapporte dans sa clinique.

Depuis 1840, j'ai examiné un bien grand nombre de poumons; j'ai toujours apporté à cet examen le soin le plus minutieux, et je n'ai plus trouvé la moindre appareuce de cicatrisation de cavernes. Je suis donc autorisé à croire que ces cicatrices sont très-rares, et, si d'autres en ont rencontré davantage, ils le doivent certainement à un singulier hasard qui les a favorisés.

Plus souvent, la guérison est amenée par le dépôt, autour des tubercules, d'une quantité plus ou moins grande de matière noire pulmonaire. Tous les anatomo-pathologistes ont eu occasion de rencontrer ces amas de charbon dans les organes respiratoires de l'homme; cependant ce n'est que dans ces deruiers temps qu'ils ont particulièrement fixé l'attention. Bayle est, pour ainsi dire, le premier qui y attacha de l'importance. Il remarqua dans leur disposition autour des tubercules, des caractères, qui lui ont paru suffisants pour constituer une espèce nouvelle de la phthisie, et c'est ainsi qu'il en fit sa *Phthisie avec mélanose.*

Si Bayle eût été moins préoccupé de cette idée, que la phthisie

est incurable, idée qui influa nécessairement sur la manière dont il interprêta les faits qui s'offrirent à son observation, il n'eût pas créé toutes ces espèces, qu'aucun praticien n'admet aujourd'hui. Sans cette préoccupation, il aurait probablement reconnu que, lorsque la mort a été la suite de ces phthisies qu'il nommait *calculeuse, avec mélanose*, etc., il existait dans les poumons diverses altérations bien distinctes du dépôt de matière mélanique, de quelques concrétions calculeuses, etc.; il se serait ainsi convaincu que ces altérations expliquaient suffisamment la terminaison fatale, et qu'elles étaient souvent antérieures à ce dépôt, à ces concrétions etc. Alors, son esprit d'investigation l'eût peut-être amené à la découverte de la constitution et du mode de développement de ces produits de la puissance curative de la nature.

A peu près en même temps que Bayle croyait avoir rencontré une nouvelle espèce de phthisie, *celle avec mélanose*, Laënnec étudiait cette matière, lui imposait ce nom qu'elle a conservé, la classait parmi les désorganisations, et la croyait distincte de la matière noire pulmonaire qui lui paraissait provenir, au moins en partie, de la fumée des lampes et des corps combustibles, dont l'homme se sert pour se chauffer et s'éclairer. Plusieurs des observations, consignées dans son *Traité de l'auscultation*, nous apprennent qu'il l'a aussi, plusieurs fois, trouvée dans des poumons tuberculeux; mais il paraît qu'il ne l'a considérée que comme une simple complication. Nous avons le même reproche à adresser à Andral et à la plupart des autres anatomo-pathologistes.

Ramagde, médecin anglais qui a conseillé plusieurs méthodes curatives dont je parlerai plus loin, avança que les dépôts de matière noire autour des tubercules sont de véritables kistes, destinés à en arrêter le développement et à les isoler; il les envisage, par conséquent, comme un produit de la puissance curative de la nature. Quelques faits, que je rapporterai plus loin, démontreront toute la justesse de cette manière de voir, qui vient d'être amplifiée par Natalis Guillot, dans un mémoire qu'il a présenté à l'Académie de médecine de Paris.

La lecture de ce mémoire, tout intéressant qu'il est, nous laisse cependant un regret, celui de ne pas y voir cité le nom du médecin anglais qui, le premier, nous fit connaître l'influence de la matière noire sur les tubercules qu'elle enveloppe. Il répugne à croire que Natalis Guillot, qui paraît être au courant de la science, n'ait pas entendu parler d'une découverte qui mérite de fixer l'attention des praticiens; on est plutôt porté à admettre qu'il a voulu s'en attribuer tout le mérite. Les observations qu'il rapporte, comme exemples des tubercules guéris par un dépôt de matière

noire, sont si nombreuses qu'elles inspireront peut-être quelque défiance. On sait qu'on peut facilement se faire illusion, et qu'on s'imagine trop souvent rencontrer ce dont on a besoin pour appuyer une théorie. Tous ceux qui ont eu occasion d'ouvrir des cadavres ont pu s'assurer que les cas de tubercules, guéris de cette manière, sont assez rares ; je n'en ai rencontré que trois, bien que j'aie examiné plusieurs centaines de poumons, et, à entendre Natalis Guillot, ces sortes de guérisons seraient très-communes. Quoiqu'il en soit, les explications qu'il donne de l'influence de la matière noire pulmonaire sur les phénomènes qui se succèdent dans l'épaisseur et autour des masses tuberculeuses, paraîtront peut-être rationnelles et je ne crois pouvoir mieux les faire connaître qu'en rapportant ici ses propres paroles. « Lorsque des tubercules, dit-il, se produisent dans les poumons, et que le charbon se dépose abondamment autour d'eux, ils ne subissent point les changements successifs propres à la phthisie, lorsque cette maladie suit régulièrement son cours. Ces tubercules deviennent calcaires, sont privés de graisse et ne s'accroissent point. Aucun vaisseau de formation nouvelle ne se développe autour d'eux, ou bien, lorsque ces vaisseaux ont déjà pris de l'accroissement avant le dépôt des molécules de charbon, ils s'oblitèrent par suite de ce dépôt ,et les progrès de la phthisie s'arrêtent. »

J'ai dit que ces explications paraîtront peut-être rationnelles; cependant, ce que j'ai observé me prouve que les choses ne se passent pas toujours ainsi. Il n'est pas nécessaire que le charbon se dépose abondamment autour des tubercules pour en arrêter le développement : l'observation que je vais rapportersera un exemple du contraire.

Le sujet était un détenu nommé Devreese Léonard, âgé de 41 ans. Il entra à l'hôpital, le 4 février 1844, pour un engorgement des glandes cervicales qui résista aux divers moyens mis en usage pour en amener la résolution. Les tumeurs se convertirent donc en énormes abcès, qui suppurèrent longtemps abondamment, et dont les ouvertures ne se fermèrent jamais.

En même temps, apparut une réunion de symptômes, qui nous firent reconnaître l'existence d'une phthisie pulmonaire. Ainsi, il y avait une petite toux sèche, de la dyspnée; nous apprîmes que le malade avait eu plusieurs hémoptysies; tous les matins, nous le trouvions en pleine transpiration; la peau était toujours chaude et le pouls accéléré. L'expectoration n'était pas très-abondante et n'était composée que d'un liquide trouble, semblable à de l'eau de gomme. La percussion ne nous permettait pas de découvrir quelque chose par l'auscultation; nous constations l'existence de

quelques râles plus ou moins humides, et une exagération du bruit respiratoire. Tous ces symptômes persistèrent pendant deux à trois mois, et finirent par se confondre avec ceux d'une bronchite, qui survint à la suite d'un refroidissement. La bronchite ne céda pas au traitement ordinaire, et se manifesta par de la toux, des râles humides et sibilants, une expectoration mucoso-purulente, une sonoréité tympanique de toute la poitrine, et une dyspnée très-pénible qui finit cependant par diminuer beaucoup. Cet état se modifia peu ; jamais nous ne trouvâmes, dans les crachats, de la matière noire pulmonaire.

L'âge de ce sujet, la disparition des symptômes de la Phthisie pulmonaire, qui étaient remplacés par ceux d'un simple catarrhe, nous auraient permis de le voir se rétablir, mais malheureusement il existait, en même temps, une désorganisation profonde de presque tous les viscères abdominaux, qui devait infailliblement entrainer la mort. Le malade succomba, en effet, le 27 janvier 1845, après des souffrances cruelles, qui l'avaient réduit au dernier degré de marasme.

L'autopsie fut pratiquée 40 heures après la mort, et voici ce que nous trouvâmes :

Entre la peau et les muscles de la joue droite, existe une tumeur squirrheuse, mobile, du volume d'un œuf de pigeon, d'un tissu blanc nacré, creusé de plusieurs petites cavités remplies d'un liquide séreux. La peau du cou est couverte d'ulcères fistuleux, par lesquels s'écoule une suppuration de mauvaise nature, fournie par les glandes cervicales entièrement converties en matière tuberculeuse, plus ou moins ramollie.

Les poumons sont emphysémateux et adhérent aux parois par des brides peu résistantes. Excepté le lobe inférieur droit, ils sont presque exsangues, même à leur partie postérieure. Les bronches contiennent des mucosités purulentes, et sont plus ou moins dilatées. La muqueuse est injectée, ramollie, et même ulcérée en divers points. Le poumon gauche, les lobes supérieur et moyen droits, ne contiennent que quelques tubercules ayant tout au plus la grosseur d'un pois. Ces tubercules sont enveloppés d'une couche très-peu épaisse de matière noire pulmonaire, ont une couleur blanchâtre, et sont réduits en concrétions crétacées tellement dures, qu'elles se laissent difficilement entamer par le scalpel. Le lobe inférieur droit est fortement engoué, et laisse écouler, à l'incision, une grande quantité de sérosité sanguinolente. Son tissu est crépitant et contient un assez grand nombre de tubercules disséminés, jaunâtres, caséeux, et ne dépassant pas la grosseur d'un grain de chènevis. La plupart sont aussi enveloppés d'une légère couche de matière noire.

Il est impossible de séparer, les uns des autres, les organes renfermés dans l'abdomen, tellement ils sont unis entre eux par une couche de tissu cellulaire, infiltré de matière tuberculeuse jaunâtre. Cette couche présente, en quelques endroits, au moins un demi pouce d'épaisseur. Le foie est si fortement adhérent au diaphragme, qu'il ne peut en être détaché; son tissu semble même, surtout vers son bord tranchant, converti en matière tuberculeuse; mais un examen plus attentif fait reconnaître que la dégénérescence n'a atteint que des portions du tissu cellulaire interlobulaire. Le pancréas, les épiploons, le mésentère et ses glandes, ne forment plus que des masses épaisses de matière tuberculeuse. La rate a le double environ de son volume ordinaire et est très-ramollie. Les tuniques du tube intestinal sont notablement épaissies; la muqueuse est injectée, ramollie et ulcérée. Dans le cœcum et le gros intestin, elle est presque entièrement détruite; la valvule iléo-cœcale a disparu.

Les autres organes ne présentent rien de particulier.

Evidemment, les tubercules qui existaient dans les poumons de cet individu étaient ce qu'on peut appeler guéris, ou en voie de guérison. Je ne prétends pas que cette guérison était due seulement au dépôt de matière noire; je suis convaincu que l'emphysème déterminé par la bronchite, y a contribué pour une bonne part. J'aurai occasion, plus loin, de revenir sur ces questions. Malheureusement, comme cela arrive presque toujours dans ces sortes de cas, cette heureuse transformation, imprimée aux tubercules des poumons par la force médicatrice de la nature, a peu profité au malade; quelques tubercules étaient, à la vérité, arrêtés dans leur marche destructive, mais la diathèse qui les avait produits n'en persistait pas moins, et d'autres organes essentiels à la vie se virent envahis. Il servira donc peu, dans la grande majorité des cas, de diriger des moyens contre des désordres locaux : on ne fait ainsi que combattre des symptômes; ce qu'il importerait, ce serait de détruire la cause, mais jusqu'ici toutes nos ressources sont impuissantes; ceux qui ont cru observer le contraire ont pris leurs illusions pour la réalité.

Je ne puis négliger de signaler à l'attention la tumeur squirrheuse de la joue droite. C'est une remarquable coïncidence que celle de ces deux affections sur le même individu. J'ai eu plusieurs fois l'occasion de constater le même fait; le détenu Douhay, dont j'ai déjà parlé, nous en a offert un exemple des plus intéressants. Malgré des caractères bien tranchés qui différencient les scrofules du cancer, je suis porté à les considérer comme deux formes d'une seule et même affection. Les motifs, qui ont formé ma con-

viction, sont exposés dans un travail que je me propose de publier avant peu,

L'observation que je viens de rapporter prouve qu'il n'est pas nécessaire que la matière noire pulmonaire se dépose abondamment autour des tubercules pour que leur développement en soit arrêté, et pour qu'ils se convertissent en concrétions calcaires. La suivante démontrera que les tubercules ne subissent pas toujours cette transformation, bien que la couche de charbon soit épaisse et compacte. On voit donc que la théorie exposée par Natalis Guillot est loin d'expliquer, d'une manière satisfaisante, les divers phénomènes que nous observons dans ces sortes de cas. Nous trouvons, en effet, des tubercules passés à l'état calcaire, ou ayant subi tous les degrés de ramollissement, quelles que soient l'épaisseur et la densité de la couche de charbon qui les environne.

S'il m'était permis de hasarder ici une explication, je dirais qu'il me semble plus probable que l'état du tubercule n'est plus guère susceptible de se modifier après le dépôt d'une couche de matière noire, et cela me paraît une conséquence de ce fait incontestable que les vaisseaux, qui l'environnent, sont alors oblitérés. On pourrait me répondre que la transformation du tubercule en matière calcaire, après qu'il a été ainsi enveloppé, peut dépendre de ce que sa partie la plus liquide a été exprimée par la compression exercée sur lui par la couche de charbon; on soutiendra peut-être qu'il se trouve alors dans des conditions qui déterminent ce phénomène que Dutrochet a fait connaître, sous le nom d'endosmose. Mais si les choses se passaient réellement ainsi, on ne trouverait pas, je le répète, les tubercules tantôt transformés en concrétions calcaires, tantôt ayant subi tous les dégrés de ramollissement, quelles que soient l'épaisseur et la densité de la couche de charbon qui les environne; il resterait encore à expliquer comment ils sont privés de leur matière organique. Je pense donc que lorsqu'on trouve des concrétions calcaires au milieu d'un dépôt de matière noire, ces concrétions étaient formées avant le dépôt de cette matière.

Le second tuberculeux, dans les poumons duquel j'ai trouvé de la matière noire, était un détenu nommé Hannuart, âgé de 45 ans, qui entra à l'hôpital, le 25 mars 1845, pour une fièvre typhoïde de moyenne intensité. Pendant la convalescence, il se forma, au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite, une tumeur qui s'accrut et qui ne cessa de fournir une grande quantité de pus de mauvaise nature dans lequel on trouvait, de temps en temps, de très-petites esquilles.

Il y avait donc carie, et il était d'ailleurs facile de la constater au moyen du stylet.

Tous les moyens auxquels nous eûmes recours, restèrent inefficaces; le malade tomba dans le marasme et s'éteignit le 9 août.

L'Autopsie pratiquée 19 heures après la mort, nous fit reconnaître les altérations suivantes :

Vaste foyer purulent qui s'ouvre, à l'extérieur, par une ouverture pratiquée pendant la vie, et situé au-devant de l'articulation sacro-iliaque droite. Une grande partie du sacrum, la moitié postérieure de l'iléon droit, l'articulation sacro-iliaque droite, sont profondement cariées et en contact avec la matière purulente.

Le corps de la douzième vertèbre dorsale et celui de la première lombaire, sont aussi cariés, et donnent lieu à un foyer purulent qui communique avec celui situé plus bas.

Poitrine. — *Côté gauche.* — Le tissu pulmonaire est piqueté de matière noire et contient quelques tubercules caséeux qui sont rassemblés dans le lobe supérieur; il est, du reste, assez crépitant, mais fortement engoué. Il s'en écoule, à l'incision, beaucoup de mucosités spumeuses. — *Côté droit.* — Une portion du lobe moyen, de la grosseur d'un œuf de poule, est tellement imprégnée de matière noire, quelle est imperméable et qu'elle se laisse difficilement entamer par le scalpel. On trouve, dans cette portion, un kiste d'environ un demi pouce dans son plus grand diamètre, et contenant un liquide purulent. Partout ailleurs, ce poumon présente les mêmes altérations que le gauche, sinon qu'on n'y trouve pas de tubercules. La muqueuse des bronches est fortement injectée.

Le cœur est flasque et ramolli, ses cavités sont dilatées et leurs parois amincies. La valvule mitrale est déformée, mamelonnée; son bord libre est en partie adhérent aux parois du ventricule.

La muqueuse intestinale est injectée. On trouve dans l'iléon et sur la valvule, des ulcérations en voie de guérison et qu'on reconnait avoir succédé à l'engorgement de plaques de Peyer.

Le foie est volumineux et gorgé d'une grande quantité de sang.

La rate est noire et très-peu consistante, elle a plus du double de son volume ordinaire.

Les autres organes ne présentent rien de particulier.

Je viens de dire que nous avons trouvé un kiste contenant un liquide purulent et environné d'une couche épaisse de matière noire. Ce kiste n'était certainement autre chose que cette membrane pyogénique qui tapisse les parois de beaucoup de cavernes. Le dépôt de matière noire qui l'a enveloppé, l'a privé de ses communications

vasculaires, et il en est résulté que le travail qui aurait pu le vider, et même en amener la guérison, a été arrêté.

Voici donc une phthisie pulmonaire, en voie de guérison, chez un individu qui succombe aux progrès d'une carie déterminée par la diathèse tuberculeuse. Ainsi, en supposant que l'art fût parvenu à guérir tous les tubercules des poumons, cela n'aurait guère avancé le malade.

Nous avons ici de fréquentes occasions de rencontrer des caries chez des individus tuberculeux, et nous nous sommes assurés qu'elles étaient produites par le travail de ramollissement et d'élimination d'un ou plusieurs dépôts de matière tuberculeuse dans le tissu osseux.

J'ai rencontré encore une fois de la matière noire dans des poumons tuberculeux. Le sujet était âgé de 21 ans, et venait de succomber par suite d'une fièvre typhoïde. Les tubercules étaient, pour la plupart, à l'état miliaire; quelques-uns seulement avaient la consistance et l'aspect caséeux : la matière noire était peu abondante et disseminée dans le tissu pulmonaire qui présentait un pointillé assez uniforme. Je me bornerai à ce simple exposé, la mort étant survenue au moment où le dépôt de matière noire commençait à s'opérer, et avant qu'on ait pu apprécier son influence sur les tubercules.

Depuis longtemps, les médecins ont remarqué que les asthmatiques devenaient rarement phthisiques; c'est même une opinion vulgaire que l'asthme est un brevet de longue vie. Cette particularité a éveillé l'attention des observateurs, et on s'est demandé quelle pouvait être la cause de cet antagonisme, ou, en d'autres termes, comment il se fait que la lésion organique, que présentent les poumons des asthmatiques, peut s'opposer au développement de la phthisie pulmonaire. Des recherches sur le cadavre ayant démontré que les poumons étaient emphysémateux, on en a conclu, et avec raison, que les tubercules devaient être atrophiés par la compression exercée sur eux par la grande quantité d'air atmosphérique qui distend les cellules bronchiques, qui s'insinue même dans le tissu cellulaire interlobulaire. On a été plus loin, l'on a supposé que la même compression pouvait mettre en contact les parois des cavernes et en amener la cicatrisation.

C'est encore au docteur Ramagde que nous devons les premières notions sur ce mode de guérison de la phthisie pulmonaire. Ce praticien, qui s'est particulièrement occupé des maladies des organes respiratoires, nous apprend, en outre, qu'il a pu se convaincre, plusieurs fois, que la bronchite exerce la même influence que l'asthme sur la marche des tubercules des poumons. Cette asser-

tion a dû paraître paradoxale, dans un moment où une célèbre doctrine médicale enseignait tout le contraire. On sait que les disciples de Broussais considéraient les irritations de la muqueuse bronchique comme la cause la plus fréquente, la plus puissante, du développement de la phthisie.

Il est généralement reconnu, aujourd'hui, que cette irritation ne donne pas naissance aux tubercules pulmonaires, cependant peu de praticiens admettront l'opinion de Ramagde. Le plus grand nombre resteront persuadés que la bronchite sera toujours une complication fâcheuse, en ce qu'elle devra hâter le ramollissement de ces productions morbides, et favoriser la suppuration des parties environnantes. Ramagde nous rapporte des exemples de phthisies arrêtées dans leur marche et même guéries par l'invasion d'un catarrhe. Il explique ces guérisons, en rappelant qu'un des effets du catarrhe est de produire un emphysème qui ne diffère en rien de celui des asthmatiques.

L'Emphysème des poumons pouvant amener la guérison de la phthisie pulmonaire, il lui a paru évident que cette maladie n'est pas au-dessus des ressources de l'art ; car il nous est possible de produire cet emphysème. C'est ainsi qu'il a cru pouvoir conseiller d'exposer au froid les individus tuberculeux, afin de leur faire contracter des catarrhes. Il dit avoir eu plusieurs fois recours à ce moyen, et il assure qu'il a répondu à ses espérances. Il reconnaît cependant qu'il peut bien n'être pas toujours sans danger, aussi préfère-t-il produire l'expansion des cellules aériennes des poumons, à l'aide d'un appareil de son invention. C'est son traitement de la phthisie par l'*inhalation*.

On trouve dans l'ouvrage de ce praticien plusieurs observations remarquables qui sont des exemples de guérisons dues à cet ingénieux procédé. Il est bien à supposer que ces sortes de guérisons sont beaucoup plus rares que ne l'annonce le médecin anglais ; il a dû souvent se faire illusion. Les seules guérisons qu'il a obtenues sont probablement rapportées dans son ouvrage ; car il aura voulu faire connaître tous les cas qui lui paraissaient de nature à recommander sa méthode. Quoi qu'il en soit, on ne peut disconvenir que l'inhalation, telle qu'il la pratique, ne présente aucun danger, et qu'elle est basée sur un principe rationnel.

Les affections catarrhales des gros tuyaux bronchiques apportant un obstacle plus ou moins grand à l'expiration, à cause du boursoufflement de la muqueuse, et de la présence de mucosités épaisses et visqueuses, on admettra volontiers qu'il puisse, à la longue, en résulter une distension des cellules aériennes favorable

à la guérison de la phthisie (1). Pour moi, il ne me reste pas de doute à cet égard. Outre que plusieurs des faits rapportés par Ramagde me paraissent incontestables, j'ai eu occasion d'en rencontrer plusieurs semblables, dont un avec autopsie. Celui-ci a été rapporté plus haut, (voir l'observation du détenu Devreese.) On se rappelera que tous les symptômes de la phthisie pulmonaire ont disparu après que le malade eut contracté une affection catarrhale des bronches, et qu'à l'autopsie nous avons trouvé les poumons emphysémateux, les tubercules, pour la plupart atrophiés, transformés en concrétions crétacées, et enveloppés d'une couche de matière noire.

Dans ce cas, l'influence de la bronchite est des plus évidentes; la corrélation de cause à effet est on ne peut mieux établie. Le dépôt de matière noire me parait postérieur à l'atrophie des tubercules, et à leur transformation en concrétions calculeuses ; j'ai déjà exposé les raisons de l'opinion que je me suis formée touchant la succession de ces phénomènes. L'Emphysème a donc ici produit la guérison ; la matière noire est venue la consolider.

S'il est bien constaté que la bronchite peut arrêter la marche de la phthisie pulmonaire, ce n'est pas une raison cependant pour exposer au froid les individus tuberculeux, dans l'intention de leur faire contracter des affections catarrhales. Rien de mieux que de considérer comme un événement heureux l'apparition de ces affections; mais comme les causes qui les produisent sont aussi celles de la pleurésie, de la pneumonie etc., ce serait une grave imprudence de s'exposer, dans l'espérance d'une guérison très-incertaine, à voir succomber, en quelques jours, des individus qui peuvent vivre encore plusieurs mois, plusieurs années, qui peuvent même se rétablir par les seuls efforts de la nature.

En résumé, le seul moyen rationnel de chercher à obtenir une ampliation des cellules aériennes est l'inhalation telle que la pratique le docteur Ramagde.

Il me reste à faire mention d'un cas de phthisie pulmonaire arrêtée dans sa marche par le développement d'un emphysème survenu accidentellement. Il s'agit d'un gardien chez qui existaient tous les symptômes de la phthisie pulmonaire. Le plus remarquable était une toux extrêmement fatigante, et qui nécessitait parfois les plus violents efforts. Il s'en suivit, indubitablement, la rupture de quelques cellules bronchiques, car il survint un emphysème interlobulaire très-manifeste. Cet individu est donc devenu asthmatique, mais son asthme n'est pas celui qu'on nomme *nerveux, essentiel,* et qui est caractérisé par une véritable intermittence, c'est

(1) Certaines affections du larynx peuvent amener le même résultat.

un asthme continu présentant seulement des exacerbations, comme cela a lieu dans les cas d'emphysème accidentel. A dater du moment où apparurent les premiers symptômes de l'emphysème, ceux de la phthisie ont commencé à diminuer, et aujourd'hui ils ont entièrement disparu.

J'ai observé un cas semblable, en 1839, à l'hôpital militaire de Louvain, chez un soldat du régiment d'Elite.

Dans des cas excessivement rares, la guérison de la phthisie peut résulter de l'évacuation du pus renfermé dans une caverne, à travers les parois de la poitrine, après la formation d'un abcès. Mais on conçoit que cette heureuse terminaison nécessite le concours de plusieurs circonstances qu'on rencontre rarement. Ainsi, il importe que la caverne soit située superficiellement, que les poumons ne renferment plus ni tubercules, ni aucune autre caverne, à moins, cependant, qu'ils n'aient subi l'une ou l'autre de ces modifications sur lesquelles je viens de fixer l'attention. Si ces conditions sont absolument indispensables pour que cette évacuation amène une guérison radicale, on la voit néanmoins être quelquefois suivie d'une amélioration notable, dans des cas où les poumons sont rendus en grande partie imperméables par la présence de nombreux tubercules. On peut donc considérer, comme un événement heureux pour le malade, la formation d'un abcès de cette nature.

Dans divers rapports, que j'ai eu l'honneur d'adresser à Monsieur l'inspecteur général du service de santé, et qui ont été insérés dans les *Archives de la Médecine Belge*, j'ai consigné l'histoire d'un phthisique qui nous a offert ce singulier phénomène. Malgré l'amélioration inespérée qui en était résultée, je restai convaincu que la terminaison fatale ne pouvait être éloignée. Cet individu, dont la peine était expirée et que j'avais retenu à l'hôpital, ayant désiré être mis en liberté, ce fut avec regret que je vis le partir. Je le croyais mort depuis longtemps, lorsqu'il nous est revenu avec une nouvelle condamnation, après avoir mené pendant dix-sept mois, une vie malheureuse et désordonnée. Cette circonstance me met à même de compléter cette observation intéressante au plus haut degré.

Je ne renverrai pas aux rapports que je viens de citer, pour chercher ce que je puis ici reproduire en quelques lignes. Voici cette observation en entier, mais dégagée de tous détails tant soit peu superflus.

Lavigne Winand Noël, âgé de 20 ans, tempérament lymphatique, constitution chétive, fileur, tailleur dans la maison, est entré à l'hôpital, le 26 juin 1843, pour une phthisie pulmonaire qui fit de rapides progrès. Le 9 juillet, jour où nous le vîmes pour la

première fois, la fièvre était continue; tous les matins, la peau était couverte d'une abondante transpiration; l'expectoration était purulente, et contenait beaucoup de grumeaux de matière tuberculeuse.

Vers le milieu du mois d'août, il se plaignit d'une douleur fixe à la partie inférieure latérale gauche de la poitrine, où parut une tumeur, qui s'affaisait chaque fois que le malade pouvait expectorer une ou deux fois, plein son crachoir, de matière purulente.

Le 5 septembre. — La tumeur laisse sentir de la fluctuation dans l'espace qui sépare la sixième côte de la septième, et, le 8, la peau amincie se perfore. Dans le courant du mois, deux nouvelles ouvertures se forment à peu de distance de la première.

Le 1 novembre. Ces ouvertures ont continuellement livré passage à une matière séro-purulente contenant des bulles d'air. Il en sort encore une telle quantité, qu'il est nécessaire de renouveler fréquemment le drap à pansement. La toux et l'expectoration ont depuis ce moment, pour ainsi dire, cessé; la fièvre et la transpiration ont diminué peu à peu, et fini par disparaître. L'appétit est devenu très-prononcé.

Le 24. — Il a repris beaucoup d'embonpoint, malgré l'abondance de la matière qui s'écoule par les trois ouvertures; cependant, il ne peut encore se lever parce que, dit-il, il se sent trop faible. L'expectoration est réduite à peu de chose, mais elle est toujours de mauvaise nature, et nous avons pu y reconnaître des fragments de tissu pulmonaire. Matité et absence de bruit respiratoire sous la clavicule droite et dans la fosse sus-épineuse correspondante.

Le 6 décembre. — Deux des ouvertures se sont fermées, mais celle qui reste continue à livrer passage à une grande quantité de matière. La fièvre du soir est plus forte, et la transpiration plus abondante.

Le 31. — La fièvre et la transpiration ont de nouveau diminué; l'expectoration est toujours de mauvaise nature. Pas de changement dans la quantité de matière qui sort par l'ouverture de la paroi pectorale. Le côté où elle existe présente un enfoncement notable. Les forces commencent à revenir, et le malade peut se promener.

Le 31 mars. — La fistule continue à donner passage à un pus séreux; les sixième et septième côtes sont tuméfiées et douloureuses; il existe deux profonds enfoncements formés par le retrait de la paroi, l'un sous la clavicule, l'autre sous le mamelon et un peu en dehors. Cet individu, néanmoins, a repris des forces et de l'embonpoint; il se promène toute la journée et a gagné un appétit insatiable. La toux et l'expectoration sont, pour ainsi dire, nulles;

il ne reste qu'un peu de fièvre, et les transpirations nocturnes ont cessé.

Le 3 avril. — Il est mis en liberté.

Après dix-sept mois d'une existence des plus malheureuses, il nous est revenu, le 26 septembre de cette année, dans un état tellement satisfaisant, que nous avions de la peine à le reconnaître. La fistule est fermée ; la fièvre et les transpirations nocturnes ont cessé depuis longtemps ; la toux ne se fait entendre que rarement, et elle n'est plus accompagnée d'expectoration. Comme on le pense bien, la poitrine est restée déformée, les enfoncements cependant sont moins prononcés. L'appétit est excellent ; en un mot, cet individu se trouve assez bien portant, et travaille dans un des ateliers des tailleurs.

L'examen de la poitrine, cependant, n'est pas très-rassurant. Tout le lobe supérieur droit est imperméable, et la matité de ce côté contraste singulièrement avec le son tympanique obtenu à gauche. Ainsi, il est probable que cette amélioration ne se maintiendra pas longtemps, à moins que les tubercules, qui existent encore, ne subissent une de ces transformations dont il a déjà été question, ou ne soient arrêtés dans leur marche destructive par un dépôt de matière noire.

Ce n'est pas la seule fois que j'ai vu, chez un tuberculeux, une collection intra-thorachique enflammer et perforer la paroi. J'en ai publié divers autres exemples ; mais ils différaient de celui-ci, en ce que la collection était formée par la matière d'un épanchement pleurétique.

Qu'un médecin se décide à ouvrir une tumeur qui tend à perforer la paroi thoracique, chez un tuberculeux dont l'état paraît désespéré, aucun de ses collègues, sans doute, ne critiquera sa conduite ; mais que, sans autre indication que des données stéthoscopiques, il plonge le fer dans le tissu pulmonaire, dans l'espérance de donner issue à la matière contenue dans une caverne, c'est là une bien grande témérité. Cette hardiesse imprudente a cependant été plusieurs fois couronnée de succès, ainsi que nous pouvons nous en assurer par la lecture de quelques observations consignées dans l'ouvrage de Ramagde.

Les praticiens, qui ont eu assez de courage pour conseiller et pratiquer cette chanceuse opération, ont cru reconnaître dans le travail de la nature, que j'ai fait connaître et dont j'ai rencontré un exemple chez Lavigne, l'indication d'un traitement curatif. Quoiqu'il en soit, si la paracentèse des cavernes est, dans ces sortes de cas, très-incertaine, dangereuse même, on ne peut se refuser, vu qu'elle a procuré des guérisons incontestables, à la

classer parmi les moyens que nous possédons pour guérir la phthisie pulmonaire.

Il me reste à dire un mot sur le but que se propose Ramagde, en ayant recours à la paracentèse. L'évacuation de la matière contenue dans la caverne, bien que très-importante, réussirait beaucoup moins souvent, selon lui, si la blessure faite au poumon ne développait un emphysème par l'infiltration de l'air dans le tissu cellulaire interlobulaire. Il rapporte à ce sujet, quelques observations intéressantes.

Les considérations dans lesquelles je viens d'entrer, les exemples que j'ai rapportés, (et plusieurs sont tirés de ma pratique) démontrent le peu de fondement de cette opinion que la phthisie est incurable. Il n'en résulte pas cependant que ceux-là ont raison, qui s'imaginent, qui écrivent, que, non seulement, elle n'entraîne pas nécessairement la mort, mais qu'elle n'est pas aussi rebelle, qu'on le pense, aux ressources connues de l'art. Non certainement la phthisie n'est pas incurable, mais il faut s'être fait souvent illusion, il faut s'être mépris étrangement sur la nature des maladies qu'on a rencontrées, pour avoir la conviction qu'elle guérit si facilement.

Nous possédons bon nombre d'exemples de guérison de la phthisie pulmonaire; mais qu'on y réfléchisse bien, presque tous ont été amenés par les seules ressources de la nature; l'art, jusqu'ici, n'en a que très-peu à revendiquer. Nos moyens, en effet, se réduisent à provoquer le développement d'un emphysème pulmonaire, et à donner issue aux collections qui résultent du ramollissement des tubercules, soit en pratiquant l'ouverture des abcès qui se forment aux parois de la poitrine, soit en ayant recours à la paracentèse des cavernes. Je me suis expliqué sur l'efficacité de ces moyens, j'ai démontré combien ils étaient incertains, combien même ils pouvaient devenir dangereux.

On a dû remarquer que, dans l'énumération que j'ai faite des moyens qui peuvent amener la guérison de la phthisie pulmonaire, je n'ai pas parlé de tous ces remèdes, de ces spécifiques dont a fait tant de bruit, et particulièrement des huiles de poisson qui ont été prônés avec une exagération réellement ridicule. Mais aucun de ces remèdes, de ces spécifiques ne m'ayant jamais procuré une seule guérison, celles que d'autres médecins leur ont attribuées ne me paraissant pas réunir des caractères suffisants d'authenticité, je n'ai pas dû les considérer comme efficaces dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Je dois avouer que je n'ai pas expérimenté toutes ces substances dont la plupart sont tombées dans un juste oubli. Mes

recherches ont particulièrement été dirigées sur les huiles de poisson, qui, pour le moment, jouissent encore d'une certaine vogue. J'ai été assez heureux pour pouvoir les établir sur une grande échelle, et je les continue depuis deux ans et demi sans interruption. Peu de praticiens, je pense, se sont trouvés dans des circonstances plus favorables pour s'assurer des vertus thérapeutiques de ces huiles; je suis donc autorisé à croire que, si elles étaient aussi efficaces qu'on l'a annoncé, j'aurais dû le reconnaître.

Dans un travail, que je destine à la société de Médecine de Gand et qui doit faire suite à un autre que je lui ai présenté, il y a quelques années, j'exposerai, dans tous leurs détails, les diverses séries d'expériences auxquelles je me suis livré, pour tâcher d'apprécier quelle est l'efficacité des substances grasses dans le traitement des cachexies, etc.; ici, je n'ai à m'occuper que de leur action dans la phthisie pulmonaire.

Les résultats que j'avais obtenus, ceux dont j'avais été témoin dans plusieurs services, me portaient à considérer ces substances comme à peu près inertes; cependant, les cures nombreuses et merveilleuses, rapportées par des médecins dignes de foi, m'engagèrent à ne pas cesser de les administrer ; j'en ai pris formellement l'engagement, alors que j'ai été chargé de l'important service de la prison de Saint-Bernard, et on verra que j'ai tenu parole. Dans les affections rebelles, désespérantes, c'est un devoir de ne rien négliger de ce qui est recommandé, lorsqu'on a tout lieu d'espérer, que si on ne guérit pas, si on ne soulage pas, au moins on n'aggrave pas le mal. J'ai donc administré les huiles de poisson à un grand nombre de phthisiques. J'ai eu soin aussi, afin d'éviter de leur attribuer des effets qui ne leur appartiennent pas, c'est-à-dire, de considérer, comme résultats du traitement, ceux de la marche naturelle de la maladie; j'ai eu soin, dis-je, de former une seconde catégorie de phthisiques, que j'ai soumis à un traitement purement adoucissant et aux seuls soins hygiéniques. Eh bien, ces divers essais comparatifs m'ont démontré 1° que les huiles de poisson n'ont aucune action appréciable sur la marche de la phthisie pulmonaire; 2° que, prises trop longtemps et à la dose de trois à quatre onces dans les vingt-quatre heures, elles peuvent produire une bouffissure quelquefois monstrueuse, et faire perdre au sang sa plasticité, au point qu'il transsude à travers toutes les muqueuses.

J'ai pu aussi m'expliquer l'erreur des médecins qui ont cru constater de l'amélioration, des guérisons, à la suite de l'administration de ces huiles. On sait que la phthisie pulmonaire a une marche très-irrégulière, et quelquefois elle est réellement galopante;

il arrive aussi qu'elle est très-lente, et a des moments de repos ou de véritable intermittence; on la voit même s'assoupir pendant quelques années.

C'est sur ces caractères qu'Alibert s'est basé pour créer sa *Phthisie scrofuleuse*, dont il faisait une espèce distincte. On conçoit que des médecins aient attribué aux huiles de poisson, qu'ils administraient, ces améliorations qui seraient également survenues, qui auraient peut-être même été plus durables, si la maladie eût été abandonnée aux seules ressources de la nature.

Un médecin, chargé d'un service qui lui permet d'observer un grand nombre de ces malades, et surtout pendant un espace de temps suffisant, saura toujours éviter, à moins d'une inconcevable préoccupation, ces sortes de méprises. Ceux privés de ce précieux avantage sauront aussi s'en garantir, s'ils ne cèdent pas trop facilement à ce besoin, devenu contagieux, d'avoir des succès extraordinaires à rapporter. La précipitation, dans ces cas, peut être suivie de regrets; la science et l'humanité ont tout à gagner d'une sage réserve.

Il résulte donc de tout ce travail.

1° Que la phthisie pulmonaire est curable;

2° Qu'il n'est pas vrai cependant qu'elle guérit facilement et fréquemment;

3° Que c'est à la puissance médicatrice de la nature que sont dues presque toutes les guérisons que nous observons;

4° Que les moyens, que nous possédons pour amener cette heureuse terminaison, sont peu nombreux, incertains, et peuvent devenir dangereux. STACQUEZ.

Supplément au mémoire de M. le docteur STACQUEZ

Quel est le sens qu'on doit attacher à la dénomination : *phthisie pulmonaire?* c'est selon moi, celui d'un dépôt de matière tuberculeuse dans le parenchyme des poumons. Vouloir lui donner plus d'extension, c'est tomber dans une véritable confusion, c'est confondre des affections diverses et de nature souvent très-différente. Cette dénomination est un peu impropre, je l'avoue; elle implique nécessairement l'idée d'un dépérissement résultant d'une altération grave de l'organe pulmonaire, et on pourrait, par conséquent, appeler phthisie pulmonaire, une pneumonie chronique, une bronchite chronique, et diverses autres affections que vous connaissez.

J'admets donc que la dénomination est un peu impropre; cependant, je ne vois pas d'inconvénients à la conserver, pourvu qu'on s'entende pour bien établir qu'elle n'est applicable qu'à un dépôt, dans le parenchyme des poumons, d'une matière qui

a reçu différents noms, selon le point de vue où se sont placés les observateurs, et que nous, nous nommons *matière tuberculeuse.*

La curabilité de la phthisie pulmonaire n'est pas douteuse pour moi, ainsi que j'ai eu l'honneur de l'exposer dans mon mémoire ; je crois même que la plupart des médecins partagent cette manière de voir. Je ne veux pas dire cependant que ces guérisons soient fréquentes, qu'il soit même au pouvoir de l'art de les obtenir facilement ; tout ce que je veux démontrer, c'est qu'un dépôt de matière tuberculeuse, dans le parenchyme pulmonaire, peut être arrêté dans sa marche destructive sous l'influence d'une ou plusieurs des circonstances que j'ai relatées, c'est que l'altération même du tissu pulmonaire environnant peut être ramené à des conditions compatibles avec l'état d'une santé parfaite.

Ces sortes de guérisons sont très-rares, Messieurs, je le sais, et comme vous, je le déplore ; à côté d'un tubercule arrêté dans sa marche, d'une caverne cicatrisée, nous trouvons, presque toujours, d'autres tubercules, d'autres cavernes, qui n'ont pas subi cette heureuse modification. Cette coïncidence, cependant, doit attirer toute notre attention ; car, c'est à elle que nous devons d'avoir pu nous convaincre que la phthisie pulmonaire n'est pas au-dessus de toutes les ressources de la nature et même de la médecine ; c'est surtout à elle que nous devons de connaître que cette concrétion crétacée, calculeuse, est bien un tubercule transformé, que cette caverne cicatrisée succède bien à l'expectoration d'une masse de matière tuberculeuse ramollie. En effet, quand nous trouvons des concrétions crétacées, calculeuses, dans un poumon qui contient des dépôts de matière tuberculeuse, il nous est permis de croire qu'elles ne sont que le résidu de masses de même matière, qui ont subi cette modification sous l'influence de certaines circonstances qu'il nous est même souvent possible d'apprécier. L'analyse chimique nous démontre, d'ailleurs, que ces concrétions ne sont que des tubercules dépouillés seulement de leurs parties aqueuses et de leur matière organique. Le même raisonnement nous amène à rapporter une caverne cicatrisée, à l'existence antérieure d'une masse de matière tuberculeuse, qui s'est ramollie, chaque fois que cette caverne se trouve dans un poumon qui contient des tubercules, qui est creusé d'autres cavernes remplies encore de matière tuberculeuse.

Je ne vois pas de nécessité, pour admettre la curabilité de la phthisie pulmonaire, d'établir une distinction importante entre les phthisies d'origine différente. Il s'agit ici de savoir si une masse de matière tuberculeuse peut-être arrêtée dans sa marche destructive, si une caverne peut se cicatriser. Or, je crois l'avoir suffi-

samment démontré. Je n'ai donc eu à considérer que le tubercule, la caverne. J'admets la possibilité d'une guérison radicale de cette désespérante affection, mais je reconnais qu'elle exige le concours de diverses circonstances qu'on rencontre rarement réunies; ainsi, il est de nécessité que la diathèse tuberculeuse n'existe plus, et que tous les tubercules, toutes les cavernes aient subi une de ces modifications que j'ai signalées.

Afin de vous faire bien connaître toute ma manière de voir sur cette importante question, et ramener ainsi la discussion sur son véritable terrain, je vous dirai d'abord que je ne reconnais qu'une seule espèce de phthisie, celle dite tuberculeuse. Toutes les autres n'en sont que des modifications, des transformations, ainsi que je l'ai établi dans mon mémoire en examinant les diverses espèces décrites par Bayle. La phthisie scrofuleuse, soyez en persuadés, n'est que la phthisie tuberculeuse chez des individus dont l'habitus présente les caractères de la constitution dite scrofuleuse. Mes nombreuses recherches, soit sur le vivant, soit sur le cadavre, ne m'ont pas permis de constater une phthisie scrofuleuse, distincte de celle que nous nommons tuberculeuse. Comme vous le savez, Alibert, qui admettait une phthisie scrofuleuse, ne lui reconnaissait d'autre caractère distinctif qu'une marche plus longue et comme rémittente.

Quant à l'origine de la phthisie pulmonaire, la seule différence à établir, si toutefois elle est réellement importante, consiste à la rapporter à l'hérédité, ou bien à la considérer comme acquise. Ce serait entrer dans de trop grands développements que d'examiner les circonstances qui la déterminent dans l'un et l'autre cas, il me suffira de vous déclarer que toutes ne tendent qu'à favoriser ce qu'on est convenu d'appeler la diathèse tuberculeuse, dénomination qui laisse encore du vague, mais qui exprime une certaine manière d'être de la constitution, une modification spéciale dans la composition du sang et de la lymphe, et qui a pour résultat le dépôt, dans les tissus, d'une matière à laquelle on a donné le nom de tuberculeuse. Que la phthisie soit héréditaire, soit acquise, vous retrouverez toujours la même matière, et l'examen le plus minutieux ne peut y découvrir la plus légère différence.

Vous avez parlé dans votre discussion de diverses maladies qui peuvent donner lieu à la phthisie pulmonaire. Vous avez probablement eu en vue les catharrhes, la pneumonie, la pleurésie etc. Eh bien, messieurs, j'ai vu un nombre considérable de phthisiques, et je puis vous assurer que je n'ai pas encore rencontré un seul cas de tubercules pulmonaires que je puisse rapporter à l'une ou l'autre de ces maladies. J'ai fait l'autopsie de bien des cadavres

d'individus qui avaient succombé à la suite de pneumonies, de pleurésies, de bronchites, lorsqu'elles étaient passées à l'état chronique; et je n'ai pas du tout trouvé que ces maladies eussent déterminé le développement de tubercules pulmonaires. Mais ce que j'ai constaté, ce qui a certainement pu souvent induire en erreur, c'est que l'apparition de ces maladies, et en général des divers états morbides avec réaction, des fièvres intermittentes, par exemple, accélère presque toujours la marche de la phthisie pulmonaire, la rend même galopante, au point qu'elle achève de parcourir ses périodes en un espace de temps très-court. Ce que j'ai constaté encore, ce qui a pu encore induire en erreur, c'est que lorsque, chez des tuberculeux, des organes sont pris d'inflammation, on les voit souvent être le siége de dépôts de matière tuberculeuse.

En un mot, mon opinion est que l'inflammation, l'irritation, ne peuvent pas être la cause du développement de la phthisie; ses véritables causes sont d'une nature toute différente: elles sont débilitantes, déprimantes. J'en sais quelque chose, moi qui suis à St.-Bernard depuis trois années. A St.-Bernard, nous trouvons réunies toutes les causes qui sont de nature à détériorer les constitutions, à appauvrir la masse du sang. Nous avons, à St.-Bernard, toutes les causes de l'asthénie; eh bien, la plupart des malheureux qui y sont enfermés, ne tardent pas à être en proie aux diverses cachexies.

HISTOIRE DE LA SYPHILIS DANS L'ANTIQUITÉ;

Par le docteur ROSENBAUM.

(Traduit de l'allemand, par J. Santlus, ex-médecin militaire, et revu par M. V. Latteur.)

(Suite : *voir le n° d'octobre* 1846, p. 75.)

§ 26.

Morbus campanus.

Plusieurs interprètes d'Horace, particulièrement Lævinus Torrentius (1), ont prétendu que le fameux *morbus campanus* (2)

(1) *Comment. in Horatium.* Anvers, 1608. Tome II. p. 469.

(2) Zachar. Platner, *De morbo campano ad verba* Horatii, lib. I, Sat. V, v. 62, Prolusio, Lips. 1752, in-4°, et dans ses *Opuscula*, Lips., 1794 in-4° t. II, p. 21-28. L'auteur regarde la maladie comme une espèce de papilles, qui ont de la ressemblance avec celles qu'on a observées chez les vénériens. — Nebel, E. L. W., *De morbis veterum obscuris*, sect. I, Giessæ 1794, in-8°.

se rattachait au Mentagra. Sans vouloir approfondir cette question, nous pensons cependant qu'il serait opportun d'en dire ici quelques mots. Horace met en scène deux bouffons, Messius et Sarmentus, qui s'injurient l'un l'autre pour égayer leurs auditeurs :

. . . . . Messi clarum genus Osci,
Sarmenti domina extat : ab his majoribus orti,
Ad pugnam venêre. Prior Sarmentus : Equi te
Esse feri similem dico. Ridemus ; et ipse
Messius : Accipio ; caput et movet. O, tua cornu
Ni foret exsecto frons, inquit, quid faceres, cùm
Sic mutilus miniteris? At illi fœda cicatrix
Setosam lævi frontem turpaverat oris.
Campanum in morbum, in faciem permulta jocatus,
Pastorem saltaret uti Cyclopa, rogabat ;
Ni illi larva aut tragicis opus esse cothurnis.
Multa Cicirrus adhæc.

Messius, dont il est principalement question ici, est présenté par Horace comme Osque de naissance; mais tout le peuple Osque était renommé, suivant Festus, par ses excès contre nature *in Venere ;* nous lisons dans cet écrivain page 191 : « Obscum duas diversas et contrarias significationes habet. Nam Cloatius putat eo vocabulo significari sacrum, quo etiam leges sacræ Oscæ dicuntur, et in omnibus ferè antiquis commentariis scribitur *Opicum* pro *Obsco*, ut in Titini fabulâ quintâ : Qui Obsce et Volsce fabulantur, nam latine nesciunt. A quo etiam verba impudentia et elata appellantur obscena , *quia frequentissimus fuit usus Oscis* (1) *libidinum spurcarum.* — Puis page 194 : Oscos, quos dicimus, ait Verrius Opscos ante dictos, teste Ennio, cum dicat : De muris res gerit Opscus. Adjicit etiam, quod *stupra inconcessæ libidinis obscena dicantur, ab ejus gentis consuetudine inducta.* Quod verum esse non satis adducor, cum apud antiquos omnes ferè obscena dicta sint, quæ mali ominis habebantur. On peut voir dans les explications suivantes de Festus, en quoi consistait la spurca libido : *Oscines aves* Appius Claudius esse ait, quæ *ore canentes* faciant auspicium, ut *corvus* (2), cornix, noctua. Le lecteur se souviendra qu'on appelait le fellator, *corvus.* Comme, dans l'épigramme d'Ausonius,

p. 18-25. L'auteur croit que le *morbus campanus* a été identique avec la *sycosis* ou avec le *thymion*, mais qu'il n'a eu rien de commun avec la maladie vénérienne.

(1) L'explication d'Isidore est remarquable, (*Etymolog.* lib IV, c. 9. 17. *Oscedo* est qua infantum ora exulcerantur, dicta ex languore oscitantium. Ce dernier mot est inintelligible. Les oscitantes auraient-ils été *fellatores*? Lucien *Pseudolog.* c. 27, dit de Timarque : anapetasas to stoma, kai hôs eni platytaton kechênôs êneichou typhloumenos hyp' autou tên gnathon.

(2) Horat. *Od.*, III, 27, 11. — Ausonius, *Idyll.* XI, 15.

que nous avons déjà citée, le cunnilingus est aussi appelé *opicus magister*, il ne restera plus de doute qu'il ne soit question ici d'une impudicité qui se pratiquait avec la bouche. Nous trouvons les diverses espèces de l'*obscena Venus* dans une autre épigramme d'Ausonius que nous avons déjà citée et commentée, et où il est dit de Crispa :

Et quam Nolanis capitalis luxus incessit ;

D'après le sens de la phrase, ce *capitalis luxus* (1) des Nolains n'est autre chose que le fellare.

La ville de Nole était située en Campanie, et les habitants de cette province étaient pour la plupart des Osques; par conséquent, tout ce qui est dit de ces derniers doit se rapporter également aux Campaniens. Si les Nolains et les Osques ou Opiciens sont fellatores et cunnilingi, les Campaniens doivent l'être nécessairement; et en effet Plaute (Trinum. II, 4, 144) dit : *Campanum genus* multo Syrorum jam *anteit patientia*. Puisque Messius est présenté comme Osque, et de plus par ironie, comme tous les interprètes le reconnaissent, cette ironie doit évidemment se rapporter au *luxus capitalis* ; *Messius doit donc être un fellator*. Voyons maintenant si ce qui suit (2) confirme cette opinion.

D'abord Sarmentus appelle ce Messius un *equi feri similis*. Il n'est pas clair, en vérité, en quoi consiste ici la satire, les interprètes mêmes n'en disent pas un mot, et cependant il doit y avoir quelque allusion. Il serait peut-être un peu hardi de penser à l'*Hectoreus equus* d'Ovide (3), ou à l'*equus supinus* d'Horace (Sat. II, 8, 50) (4).

(1) Le *luxus* dans la signification d'*excès en amour*, se trouve plusieurs fois chez les anciens, ainsi chez Tacite *Hist.* IV 14, Sueton. ; *Ner.* 29 : *Capua luxurians* est connue par l'histoire d'Annibal. Il est remarquable que Paracelsus donne à la syphilis le nom de *luxus* ; il dit : (De causis et origine luis gallicæ, lib. I, c. 5) : *Luxus* autem nomen quod attinet, illud ab influentia, id est, efficiente causa desumptum esse intelligendum est. Est autem *luxus* irritatio quædam ac titillatus spermatis, ad perficiendum actum venereum, a morbis in corpore latentibus causata, itaque Veneris impressione a morbo in actu ipso facta tum ex vulgari luxu fit *luxus morbi* seu *morbidus*. Proinde *luxus* hic non naturalis sed *satyricus* dicendus erit. Comparez la scolie de Servius *ad Virgilium*, que nous avons déjà citée.

(2) Peut-être devons-nous déjà voir une allusion dans le « ad pugnam venêre. » Festus dit : Osculana pugna in proverbio, quo significabatur, victos vincere.

(3) *De arte amandi*, lib. III, v. 778. Thebaïs Hectoreo nupta resedit equo. (*Voy.* Martial, lib. XI, epigr. 105).

(4) Il est à remarquer, que *Rhazes* Elchavi seu Continens (Brescia, 1486, fol. p. 275) parle d'ulcères à la verge, qui proviendraient de « ascensio mulieris supra virum. »

Le cheval sauvage court la tête baissée, passée entre les jambes, position que nous avons reconnue chez le cunnilingus, mais qui, suivant Lucien, peut aussi être celle du fellator (1). Messius doit avoir compris cette allusion, car il dit : *Accipio* ; *caput* et *movet.* Sarmatus prend ce mouvement pour une menace, puisqu'il change l'expression d'*equus ferus* en celle de *aries* (2) en disant : Oh ! si ta corne n'était pas coupée. Mais à quoi donc devrait conduire la menace de voir une corne pousser chez un *mutilus* (3) ? Pour expliquer comment Sarmentus en est venu à cette saillie, Horace ajoute : que Messius avait sur le côté gauche du front une cicatrice hideuse. Sarmentus continue ensuite à jouer sur le mot *campanus morbus* et à ridiculiser la figure de Messius, il lui demande enfin : *pastorem saltaret uti Cyclopa,* car alors il n'aurait besoin ni de masque ni de cothurne tragique. Mais le *campanus morbus* (4) n'est autre chose que le *luxus capitalis* des Nolains, le vice des Osques, le *fellare,* que pratiquait Messius, et auquel il devait la *fœda cicatrix,* la défiguration de son visage. C'est avec ces deux choses que Sarmentus le raille (permulta jocatus) ; Horace ne développe cependant pas davantage son idée. Dans le *pastorem Cyclopa saltare* se trouve une nouvelle allusion, qui jusqu'ici n'a pas été nettement appréciée, mais que Lucien (Pseudolog. c. 27)

(1) Séneque (*Nat. quæst.* lib. I, c. 16) dit de Hostius, qui s'était procuré des miroirs qui grandissaient les objets , pour pouvoir se voir dans toutes les positions : Et quia non tam diligenter intueri poterat, *cum compressus erat et caput merserat, inguinibusque alienis obhœserat*, opus sibi suum per imagines offerebat. — Catull. LXXXIII, 7.

Non nihil est quidquam sceleris quo prodeat ultra,
Non si *demisso* et ipse *voret capite.*

Properce lib. II, 15, 22. Mecum habuit positum lenta puella caput.

(2) Equum qui nunc aries appellatur, in muralibus machinis, Epeum ad Trojam (sc. invenisse) (Plin. *Hist. nat.* lib. VII, c. 57. édit. Franz. vol. III, p. 287.) — Et hippos doureios, mêchanêma eis dialysin tous teichous (*Pausanias* lib. I, c. 23). *Hippos* désigne du reste un homme lascif. Le scoliaste ad Oribasii *Collect. med.* lib XXIV, c. 8, in A. Mai Auct. class. e vatican. codd. edit. tom. IV, p. 30, dit *hippos pyrgos* ; mais il nous a été impossible de découvrir dans quel sens.

(3) Mutilus, kolobos, kolos est la véritable expression pour les animaux, qui ont perdu l'une ou les deux cornes. Ainsi *mutilus aries* chez Columella de R. R. VII, 3 ; capella mutila, VII, 6 ; bos mutilus, Varro de Ling. lat. VIII, c. 26.

(4) Déjà le scoliaste *Acro* dit sur ce passage : Campanum in morbum. Aut oris fœditatem aut arrogantiam. Dicuntur enim campani fœdiesse arrogantes. Sic fœda accipiamus. Aliter, Campani, qui et Osci dicebantur, ore immundi. Unde etiam Oscenos dicimus. Lambinius s'exprime avec plus de certitude encore : Campani, qui antea Osci dicebantur, habiti sunt ore impuro atque incesto ; tout' esti tô stomati aischropoiountes kai lesbïazontes, morbum igitur animi intelligo, ut *Od.* I, 37.

nous explique très-bien en disant à Timarque : « Mais par Dieu, en *Italie* on t'a gratifié du nom héroïque de *ho Kyklôps*, lorsque, par imitation de l'ancienne tradition rapportée dans Homère, tu voulus assouvir ton impudicité. Déjà abattu par l'ivresse, tu tenais le *kyssibion* dans la main comme un Polyphème lascif, et le jeune esclave, la *hasta* dressée et *bien pointue* dans la main comme un autre Ulysse, vint droit sur toi pour te crever l'œil (1). Mais celui-ci t'a manqué, et la lance ayant volé sur le côté, la pointe cependant te blessa encore l'extrémité du menton. Aussi n'est-il pas déplacé de t'attribuer le *psychrologein*. Mais toi, oh! Cyclope, tu ouvris largement la bouche et te gonflant les joues, du moins tu voulus avaler l'*Outis* entier, comme Charybde qui absorbe rames, voiles et marins.

Les surnoms de Messius : *Cicirrus* et *Cicerrus* pourraient également contenir quelque allusion à ce qui précède, et Horace pourrait les lui avoir donnés à cause de la voix grasseyante qu'avait Timarque. Ces noms ont la même signification que le *kerkidas* de Dio-Chrysostome, et il faut les faire dériver tous du verbe *kerchô* (2).

Le *mentagra* n'était donc pas plus le *morbus campanus*, que l'*éléphantiasis*, le *morbus phœniceus ;* car, de même que celui-ci était une suite du *morbus phœniceus*, de même aussi la *fœda cicatrix* a pu être un reste de tout autre affection, une suite du *morbus campanus*. Il resterait donc à déterminer à quelle espèce se rattache l'affection dont la *fœda cicatrix* était une conséquence. Tous les interprètes ont cru que c'était le *cornu exsectum*, ce qui n'est cependant pas nécessaire d'après le sens expliqué du passage ; Sarmentus pouvait, dans ces circonstances, de l'existence d'une cicatrice, quelle qu'en ait été la cause, arriver à la conclusion d'une excroissance cornée, ou du moins il a pu le soutenir, sans que cette excroissance ait existé en réalité. Le *cornu exsectum* ne nous paraît avoir qu'un rapport très-éloigné avec la *fœda cicatrix*, sur laquelle on a encore maintes fois raillé plus tard : seulement Horace n'en donne pas d'autres détails, soit qu'il n'y ait plus pensé, soit

(1) Homère, *Il.* lib. XI., 233.

Kakeinou (Atreidês) men hamatre, parai de hoi etrapet' egchos ;
aichmê d'exesythê para neiaton anthereôna

Suivant Diog. Laert. (VI, 53) Diogène aurait parodié de la même manière le vers 282 de l'*Il.* X. : Ce n'est pas une lance endormie qui doit te percer le dos ; parce qu'il avait éveillé un beau jeune homme qui s'était endormi par imprudence.

(2) Dans Festus : *Bigenera*, il est dit : *Cicursus* ex apro et scropha domestica. Comparez Varro de L. L. lib. VII. p. 366, édit. Sp.

que lui-même n'ait pas bien compris ce persifflage. La conjonction *at*, placée singulièrement ici, paraît indiquer une différence entre ce qui précède et ce qui suit, à moins qu'elle ne soit employée pour indiquer la transition du discours direct au discours indirect. Mais, en supposant qu'une excroissance ait existé précédemment, et qu'elle ait dû être enlevée avec le fer, on se demandera quelle était sa nature. Nous doutons fort qu'on doive penser avec Heindorf à la *Satyriasis* d'Aristote (1). L'opinion de Schneider nous semble plus admissible, lorsque dans son dictionnaire grec, sous le mot *dionysiakos*, il rappelle la définition de Galien (édit. Kühn XIX, p. 443) : *dionisiskoi* eisin ostôdeis hyperochai eggys krotaphôn gignomenai : legontai de kerata apo tôn kerasphorountôn zôôn keklêmena. Un passage d'Héliodore (Cocchi Ant. Græcorum chirurgici libri, e collect, Nicet. Florent. 1754, fol. p. 125) que nous a conservé Oribase *De fracturis*, présente la chose un peu autrement ; il y est dit : « Ostôdês epiphysis en panti men gignetai merei tou sômatos, pleonazontôs de en tê kephalê, malista de plêsion tôn krotaphôn. Hotan de dyo epiphyseis genôntai plêsiazousai tois krotaphois, kerata tauta tines eiôthasin onomazein, enioi de *dionysiakous* tous houtô peponthotas anthrôpous prosêgoreusan. » Ce passage est suivi de la description de l'excroissance et de sa résection. Cocchi a trouvé la répétition de ce passage, écrit de la main de Nicetas ; (kerata men legetai apo tês tôn keratôn ekphyseôs, tôn gignomenôn tois alogois zôois. *Dyonysiakous* de autous prosagoreuousin, apo tês pros ton theon emphereias hôs *autos* phésin en tois cheirourgoumenois). Cette annotation confirme entièrement l'indication d'Héliodore ; c'est pourquoi, il veut aussi changer le passage de Galien en *dionysiakoi hois* ostôdeis hyperochei eggys krotaphôn *gignontai*. « *Dyonisiaci* tel est le nom de ceux auxquels des excroissances cornées poussent sur le front. » On comprendra facilement qu'il faut lire *dionysiakoi* pour *dyonisiskoi*, mais il n'est pas évident que les autres changements soient admissibles, parceque la seconde proposition, « on les appelle aussi *kerata*, ainsi nommés des animaux qui portent des cornes » ne signifie pas évidemment que les *dionysiakoi* se rapportent à l'individu, mais bien aux excroissances. Schneider s'accorde, il est vrai, avec Cocchi, mais il a mis par erreur Sarmentus pour Messius. En admettant même que ce dernier eût eu une excroissance cornée, on ne comprendrait pas encore comment

(1) *De generatione animalium*, lib IV, cap. 3 Paraplêsion toutô kai to nosêma to kaloumenon satyriasis ; kai gar en toutô dia rheumatos ê pneumatos apepto i plêthos eis to moria tou prosôpou parempesontos allou zôou kai satyrou phainetai to prosôpon.

il aurait pu rester une *fœda cicatrix* après une résection *lege artis*, à moins qu'on ne veuille rapporter le mot *fœdus* à la cause de l'excroissance. Mais alors il serait intéressant de voir prouvé qu'il eût existé des *affections des os provenant du vice du fellator*, pris dans la même signification que nos *tophi*. Il est du reste plus probable que ce ne sont que des tubercules de la peau (1), qui ont été détruits par des caustiques, par le fer rouge ou par le couteau, et qui, d'après leur nature, laissèrent toujours une mauvaise cicatrice. Messius aurait donc pu être comparé au Calvus *tuberrissimæ frontis* de Pétrone (cap. 15), ou à la figure d'une gemme, dont on voit une empreinte dans le *Museum Etruriæ* (Tab. II, fig. 3 de Gorius), ouvrage que nous n'avons pas pu nous procurer. Que cela nous suffise pour le *morbus campanus* (2).

§ 27.

De la Sodomie.

Dans les genres d'impudicité que nous avons examinés jusqu'ici, nous avons vu l'homme descendre par degrés pour se ravaler au niveau des animaux; mais dans la sodomie (3), nous le voyons descendre au-dessous même de la brute; nous le voyons non seulement abandonner la passion humaine, mais encore l'instinct animal, qui jusqu'ici l'a fait rester au moins dans la nature. Plutarque a bien raison de dire (4) : « At gallus si gallum conscendat absente gallina, vivus comburitur, aruspice aliquo pronuntiante grave atroxque id esse ostentum. Ita ipsi homines hoc confessi sunt, castitate a brutis se superari, eaque naturæ vim non facere volup-

(1) Ovide, *Med. faciei*, 85 en parle : Tus ubi miscueris radenti *tubera* nitro. Les tumores Syrii étaient peut-être des *kerata*? Du reste on apppelait aussi *keras* les organes sexuels de la femme.

(2) Florus Christianus, dans ses notes aux Guêpes d'Aristophane, 1337, rapportait également le *morbus campanus* au fellare ; il dit : Hac detestanda libidine juxta Lesbios usi sunt etiam *Campani* sive Nolani, ut ex Ausonio et Horatio patet, quorum testimonia non arcessam, quià hoc occupatum ab eruditioribus. Hoc tantum dicam, ænigma illud, quod in Clodii Metelli uxorem jactum putant : In triclinio Coa, in cubicula Nola, respicere ad hanc Lesbiam et campanam fœditatem. Cet *ænigma* se trouve chez Quintilien, *Institut. orat.*, VIII, c. 6, mais Forberg (*l. c.* p. 283) l'explique autrement : *Coam* dici, quod voluerit in triclinio coire, Nolam, quod noluit in cubiculo, i. e. Clodia ne voulait pas pratiquer son impudicité en secret, mais en public.

(3) Hieron. *Magii* lib II, *De sodomitica immanitate ad Leg. cum vir nubit.* 31 c. ad leg. Jul. *De adulter.* — Wolfort dissert. *De sodomia vera et spuria in hermaphrod.* Erfurt. 1743. — Bechmann, *De coitu damnato*, Part. II, c. 1.— Schurig, *Gynæcolog.* § 2, c. 7.

(4) Bruta *animalia ratione uti.* cap, 15.

tatum percipiendarum causa. Vestras libidines natura, quamquam legis auxilio fulta, tamen intra suos non potest coercere fines, quin eæ instar fluvii exundantes atrocem fœditatem, tumultum confusionemque naturæ gignant in re venerea. Nam et capras, porcas, equas iniverunt viri, et feminæ insano mascularum bestiarum amore exarserunt. Ex hujusmodi enim coïtibus vobis sunt Minotauri, Silvani seu Ægipanes atque (ut mea fert sententia) etiam Sphinges et Centauri nati (1). Enimvero fame coactus canis aut avis aliquando cadavere humano vescitur; ad coïtum nullus unquam est homo a bestia sollicitatus; bestias vero cum ad hanc, tum ad alias voluptates, vos vi trahitis ac contra jus usurpatis. » La sodomie, comme les autres genres d'impudicité, était un produit du luxe asiatique (2) et égyptien, et elle était déjà connue de bonne heure dans ces pays. Ce vice paraît s'être développé également dans le culte religieux de ces contrées : nous trouvons chez les Egyptiens (3) du moins, Mendès, le bouc sacré ou le Pan, qui fut vénéré des femmes par sodomie; on renfermait les femmes avec Mendès. Boettiger (4) pense même, que les serpents tenus dans le

(1) Lucrece, *De rerum nat.*, lib. V, 888.

Ne forte ex homine et veterino semine equorum
Confieri credas Centauros posse, nec esse.

Clem, d'Alexand., *Coh.* p. 51 : Aristonymus d'Ephèse engendra avec une ânesse, Fulvius Stella avec une jument, celui-ci une fille, celui-là un garçon. Plutarque, *Parallel.*, cap. 29.

(2) Moïse Lib. III cap. 20, 15-16. Celui qui cohabite avec des bestiaux, doit mourir et les bestiaux doivent être étranglés. Si une femme s'unit à une autre femme pour exercer le coït, tu dois la tuer et les bestiaux aussi ; elles doivent mourir et leur sang retomber sur elles. Comparez Philon, *De specialibus legibus*. Opera edit. Mangey. vol. II, p. 307.

(3) Plutarqoe, *Bruta animalia ratione uti*, cap. X : « ho Mendêsios en Aigyptô tragos legetai pollais kai kalais syneirgoymenos gynaixin ouk einai mignysthai prothymos? alla pros tas aigas eptoêtai mallon. » Cela eût cependant quelquefois lieu. Hérodote, *Hist.* lib II, c. 46 : Kaleitai de ho te tragos kai ho Pan Aigyptisti Mendês ; egeneto d' en tô nomô toutô ep' emeu touto to teras : gynaiki tragos emisgeto anaphandon ; touto es epidexin anthrôpôn apiketo. Strabon XVII, p. 802 : Mendês, hopon ton Pana timôsi, kai zôon tragon; hoi tragoi entautha gynaixi mignynthai. Dans un fragment de Pindare il est dit :

Eschaton Neilou keras aigibatai
hothi tragoi gynaixi mignyntai.

Le museum herculanense conserve même des réprésentations de ce genre sur des monuments. Plutarque, *De solertia animalium* cap. 9, raconte un exemple de ce genre du crocodile qui serait arrivé à Antæopolis.

(4) *Sabina ou scènes matinales dans le boudoir d'une Romaine*, vol. II, p. 454.

temple d'Esculape, et conservés dans certaines maisons (1) comme objets de plaisir pour les femmes, ont été dressés pour servir à la sodomie. Forberg (*l. c.* p. 368) cite un passage de Suétone (2) pour le prouver ; il y est dit d'Atia, mère d'Auguste : « In Asclepiadis Mendetis *theologoumenôn* libris lego, Atiam, cum solemne Apollinis sacrum media nocte venisset, posita in templo lectica, dum ceteræ matronæ dormirent, obdormisse; draconem repentè irrepsisse ad eam pauloque post egressum : illamque expergefactam *quasi a concubitu mariti purificasse se* et statim in corpore ejus exstitisse maculam, velut depicti draconis, nec potuisse unquam eximi, adeo ut mox publicis balneis perpetuo abstinuerit (3).

Il paraît que les femmes de Rome, pour assouvir leur nymphomanie, se sont principalement servies de l'âne (4), à cause de sa lascivité. On peut bien penser que les organes sexuels des femmes et des hommes étaient exposés ainsi à diverses lésions; c'est cependant sans succès que nous avons cherché, jusqu'ici, des données directes, et on nous permettra dès lors de citer ici une observation, qui, en réalité, appartient à une époque ultérieure. Nous la prenons de Reiske (5) qui lui-même l'a tirée de *Abu Oseibah*, De

(1) Plin., *Hist. natur.*, lib. XXXIX, c. 4. Anguis Æsculapius Epidauro Romam advectus est, vulgoque pascitur et in domibus. Martial, lib. VII, epig. 86 : Si gelidum collo nectit Gracilla draconem. Comparez Lucien, *Alexander*, *Oper.* t. IV, p. 259, Philostrat. *Heroïc.* lib. VIII, c. 1.

(2) *Vita Augusti*, cap. 94.

(3) Cette dernière observation gagne beaucoup en intérêt, parce que, suivant les observations de J. Carver (*Voyage dans l'Amérique sept.* et trad. de l'angl. Yverd. 1784, p. 355 et seq.) et de Crèvecœur (*Lettres d'un cultivateur américain*, tom. III, p. 48), la morsure du serpent à sonnettes produit sur la peau du mordu des taches semblables à la couleur du serpent, taches qui reparaissent annuellement. Comparez C. W. Stark, *Algemeine Pathologie*, Leipzig 1838. p. 364. On pourrait peut-être citer aussi le *to kinados*, dont le scoliaste ad Aristoph. *Nub.* 447 dit : *eidos ti thêriou :* — kakourgos oun, phêsin, hôs alôpex, tines de kinados zôon mikron, *to aidoion eisôthoun' kai exôthoun.* Suidas cite aussi le mot *kinadas* et l'explique. Démocrite a trouvé ce mot dans Strobæus, Serm. 42, dans cette combinaison : *peri kinadeôn te kai herpeteôn ;* Schneider (*Dict.*) en déduit que ce mot signifie particulièrement le *serpent.* Schmieder (*Arriani Indica* p. 50) l'explique également par *ophis.* Personne ne méconnaîtra le rapport entre *kinados* et *kinaidos !*

(4) Juvénal Sat. VI, 332, 33.

Hic si
Quæritur, et desunt homines : mora nulla per ipsam,
Quominus imposito clunem summittat *asello.*

Comparez Appuleius *Metamorphos.* lib. X, 226. Le Taurus Pasiphaes est connu. Comp. Sueton. *Nero.*, II., Martial. *Spectac.*, 6.

(5) Jo. Iac. Reiske et Jo. Ern. Fabri *Opuscula medica ex monumentis Arabum et Hebræorum, iterum recensuit etc.* Ch. G. Gruner, Halæ 1776, in-8° page 61.

vitis medicorum illustrium. Reiske dit : (Cap. XIII :) Habet obs. de ingenti penis *inflammatione quæ nata fuerat ex impuro cum bestia concubitu*, cum caruncula urethram obstruente, sanata modo prorsus empirico atque crudeli. Impositum glabro lapidi penem medicus subito præter ægri exspectationem, qua poterat, vi percutiebat manu in pugnam coacta, ut obturaculum et ulcus desciliret. Sapit hic casus *luem veneream;* et posset inservire illis pro argumento, qui morbum hunc etiam veteribus cognitum fuisse contendunt. Cadit autem is casus circa annum Christi 940.

NOUVAEU MOYEN DE SUPPRIMER LA DOULEUR DANS LES OPÉRATIONS CHIRURGICALES.

Le monde médical est préoccupé d'une découverte que viennent de faire récemment en Amérique deux dentistes de Boston, MM. Jackson et Morton ; elle a pour but de rendre insensibles à la douleur les individus soumis aux opérations chirurgicales. La méthode qu'emploient les inventeurs est assez simple et assez inoffensive en elle-même, pour que des expériences aient déjà été faites à Paris. M. Malgaigne, dont la critique sévère ne saurait se contenter de faits mal observés, a communiqué mardi dernier à l'Académie de Médecine les résultats des essais qu'il a tentés, et qui ont, dit-il, parfaitement réussi quatre fois sur cinq. Il a cité l'exemple très-remarquable d'un homme amputé de la jambe, et qui dit n'avoir ressenti qu'un léger chatouillement.

La méthode consiste à faire respirer à la personne, que l'on veut frapper d'insensibilité, un air saturé de vapeur d'éther ordinaire. Il en résulte, au bout de deux ou trois minutes, une sorte d'ivresse qui souvent peut plonger le sujet dans une léthargie profonde, mais qui, d'autres fois, développe seulement en lui un état de vertige, un évanouissement incomplet, suffisant pour le mettre à l'abri des douleurs les plus cruelles.

L'appareil dont on se sert se compose ordinairement d'un flacon, à moitié rempli de fragments d'éponge humectés d'éther, et qui porte deux tubulures. L'une est garnie d'un tube de verre qui plonge jusqu'au fond du vase; l'autre est surmontée d'un canal flexible terminé par une embouchure assez développée pour que les mouvements respiratoires puissent s'exécuter librement par son intermédiaire. Cette partie flexible de l'appareil porte en outre un système de clapets disposés de telle sorte que l'air inspiré vienne en totalité de l'intérieur du flacon, et que l'air expiré soit au contraire rejeté au dehors avant d'y pénétrer.

Telles sont les conditions essentielles de l'appareil improvisé, dont on se sert chaque matin dans les hôpitaux pour essayer, sur la foi des inventeurs et de M. Malgaigne, d'endormir toutes les personnes qui veulent bien se soumettre à l'expérience.

Mercredi dernier, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Roux, un homme âgé de quarante ans, auquel on allait amputer la jambe pour une fracture compliquée de gangrène, usa inutilement pendant un quart d'heure de l'appareil à éther, sans en ressentir un effet bien marqué; il subit l'opération avec courage, mais non sans éprouver de très-vives douleurs. Ce fait n'est pas très-concluant, parce que le malade, habitué

à fumer, n'a sans doute pas fait pénétrer dans ses poumons les vapeurs éthérées. Il s'est servi de l'appareil, dit-il, comme il aurait fumé sa pipe.

Le lendemain, deux expériences furent tentées sur un homme et sur une femme ; celle-ci, après quelques inspirations, refusa de continuer, accusant une sensation insupportable dans les organes respiratoires.

Quant à l'homme, âgé de quarante-deux ans, habitué à boire abondamment du vin et des liqueurs fortes, il usa hardiment de l'appareil ; mais il resta réfractaire à l'inhalation des vapeurs éthérées.

Dans le même service, un infirmier d'une vingtaine d'années, assez habitué aussi à l'usage des liqueurs spiritueuses, se soumit volontairement à l'influence des vapeurs d'éther, et ne tarda pas à tomber en syncôpe. Il resta dans cet état pendant quelques minutes, après quoi, étant revenu à lui il affirma n'avoir pas perdu entièrement connaissance, mais avoir cessé de percevoir ce qui se passait autour de lui. Il ajoutait qu'on aurait pu lui couper bras et jambes sans qu'il en prit le moindre souci.

Au même instant, à l'autre extrémité de Paris, M. Laugier, qui s'était procuré un appareil, en essayait l'emploi à l'hôpital Beaujon sur les personnes qui venaient pour se faire arracher des dents. On réussit à extirper sans signe de douleur une dent molaire à une femme qui, après avoir témoigné une grande difficulté et une grande répugnance, avait fini par habituer ses voies respiratoires au contact du mélange éthéré qui sortait de l'appareil.

Les élèves eux-mêmes, internes et externes, du service de M. Laugier ont essayé en présence les uns des autres, de provoquer en eux cette ivresse momentanée ; tous ils ont constaté quelle difficulté on éprouve à introduire dans lespoumons ce mélange gazeux contre lequel se révolte l'arrière-bouche et le larynx. Tous ont éprouvé plus ou moins de suffocation, de larmoiement, et surtout une sensation brûlante très-intense sur toute l'étendue de la muqueuse froissée par ce contact inaccoutumé. Mais il n'en est qu'un ou deux qui aient persisté assez longtemps pour en venir au point d'éprouver quelque vertige.

Il paraît donc résulter des faits observés ici que l'inhalation des vapeurs d'éther ordinaire (éther sulfurique) agit diversement sur des individus différents. Les uns sont réfractaires à cette influence, soit par leur constitution même, soit par suite de l'usage immodéré des liqueurs alcooliques. Les autres, plus impressionnables, tombent dans un engourdissement plus ou moins complet, après avoir fait usage, durant quelques minutes, d'un air saturé d'éther ; d'autres enfin ne paraissent pas pouvoir endurer ce traitement, à cause de l'impression trop vive des vapeurs sur les membranes muqueuses.

Dans tous les cas, il paraît utile de rappeler à tous ceux qui vont se livrer avec ardeur à ces expériences, si dignes d'intérêt, que la vapeur d'éther, en se mêlant à l'air, constitue un mélange gazeux explosif des plus dangereux. Tout flacon d'éther débouché répand dans son voisinage des torrents de vapeur, qui coulent invisibles le long du vase sur les tables, puis par terre, et risquent à tout moment d'aller s'enflammer, si quelque lampe ou un corps quelconque en ignition se trouve placé dans les environs et même à plusieurs pieds de distance du récipient à éther. Si par malheur le feu se communique à ce nuage d'éther, on n'en est pas quitte pour une explosion dans l'espace. L'incandescence se

communique jusqu'au flacon même, le brise, projette en tout sens le liquide combustible qu'il renferme, et produit des désordres proportionnés à la quantité d'éther qui s'y trouvait renfermée.

Si maintenant on considère que l'air chargé de vapeurs aspiré par un sujet qu'on se propose d'opérer est précisément ce mélange explosif, si l'on fait attention que, pendant les opérations, le chirurgien se fait quelquefois éclairer par des bougies allumées, que les infirmiers passent et repassent des lampes à la main, on se fera une juste idée du sort réservé au patient, si le feu vient à se communiquer à l'air qu'il respire ; une véritable explosion éclatera soudain, se communiquera même dans l'intérieur de la poitrine, amènera la rupture des bronches jusque dans leurs dernières ramifications, et réduira littéralement en miettes l'un des organes les plus immédiatement essentiels à la vie.

Ce tableau n'a rien d'exagéré ; il est l'expression fidèle d'un phénomène très connu transporté au sein de la machine humaine, où on n'a pas habitude de le voir se produire, mais où il se réalisera infailliblement si l'on n'y prend garde.

C'est toujours avec une répugnance extrême, que l'on doit voir surgir toute invention qui tend à répandre dans la vie commune l'usage des liquides combustibles. L'éther est un des plus à craindre. Manié dans les laboratoires par des mains exercées, il ne laisse pas de donner lieu de temps en temps à des événements déplorables ; que sera-ce donc si l'on s'en sert inconsidérément dans une salle d'hôpital ? C'est aux chefs de service et aux internes en pharmacie, qui ont des connaissances précises à ce sujet, à apporter dans les essais très-louables qui vont se faire de toutes parts une extrême circonspection. (*Journal des Débats.*)

Nous sommes heureux d'apprendre que l'application de cette découverte vient d'être faite avec le plus grand succès par M. le docteur Talma, chirurgien-dentiste de LL. MM., de concert avec le docteur Bosch, qui déjà a fait très-heureusement une opération M. le docteur Talma a fait venir de Londres un appareil fort ingénieux, avec lequel il est impossible qu'il y ait la moindre déperdition de vapeur d'éther. Grâce à cet appareil, les malades sur lesquels il a dû opérer soit l'extraction d'une dent, soit la cautérisation du nerf d'une dent malade, opération très-douloureuse d'ordinaire, ont été plongés dans un état d'insensibilité complète. C'est à peine si après être revenu à lui, l'un d'eux se rappelait avoir éprouvé une légère sensation à la mâchoire. M. le docteur Talma se propose de continuer l'application de ce procédé dont jusqu'à présent l'expérience semble confirmer les heureux effets. Ce sera un véritable bienfait que de le voir appliqué ainsi à un genre d'opérations qui se renouvellent malheureusement beaucoup plus souvent que les grandes opérations chirurgicales.

EXTRAIT

DU

BULLETIN

DE

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

ANNÉE 1845-1846. — N° 8.

SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1846. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

RAPPORTS ET DISCUSSIONS.

I. Rapport *de la sixième section, sur les Mémoires envoyés en réponse à la question suivante pour le concours de* 1844-1846 :

« Faire connaître les effets du sel commun, tant comme moyen d'améliorer et de conserver les fourrages, que comme préservatif contre les maladies des animaux herbivores servant à l'agriculture; indiquer la quantité qu'on peut donner de ce sel à chaque animal, eu égard à l'espèce à laquelle il appartient, à sa destination, à son âge, à son tempérament, à l'état de sa santé, aux lieux qu'il habite, et aux autres conditions hygiéniques plus ou moins favorables dans lesquelles il peut se trouver; établir quels sont les meilleurs modes d'administration du même sel, soit à titre de condiment, soit pour le faire servir à la conservation des matières alimentaires, et enfin, signaler les accidents ou les maladies qui pourraient résulter de son usage à trop fortes doses. »

— M. Évrard, rapporteur : Messieurs, une personne dévouée à la prospérité agricole du pays, a eu la pensée de populariser l'emploi du sel dans l'hygiène des animaux domestiques. A cet effet,

elle a demandé à l'Académie royale de médecine, par l'intermédiaire de M. le Ministre de l'Intérieur, de vouloir bien seconder ses intentions genéreuses, et a mis à la disposition de la Compagnie, une somme destinée à récompenser l'auteur du Mémoire le plus propre à répandre l'usage du sel dans l'économie rurale.

La question est vaste et compliquée ; elle comprend l'histoire hygiénique complète du sel commun. Le donateur veut, sans aucun doute, une instruction populaire à la portée des agriculteurs. Ces considérations ont été, peut-être, méconnues par l'Académie ; les Mémoires en réponse à la question s'en sont ressentis, et les auteurs ne les ont pas tout à fait conçus dans l'esprit de popularité dont ils auraient dû porter le cachet.

Ces préliminaires posés, nous allons rendre compte des mémoires reçus, qui sont au nombre de trois ; l'Académie appréciera nos conclusions que nous ne formulons qu'avec réserve.

Le n° 1 porte pour épigraphe :

Heureux celui qui peut être utile à son pays.

Le n° 2 a emprunté sa devise au médecin Seignette :

Solum, sol, sal ; cum solo, sole et sale, omnia fiunt.

Enfin la devise du n° 3 est :

Où l'expérience parle, toute théorie doit se taire.

Le mémoire du n° 1 est divisé en quatre chapitres.

Le premier traite des bons effets du sel pour la conservation et l'amélioration des fourrages.

L'auteur conseille la salaison des foins ; il s'appuie sur l'exemple des Anglais, des Américains, des habitants de la Meurthe, sur l'opinion de M. Chabert et sur sa pratique. Les fourrages ainsi préparés, dit-il, sont plus nourrissants ; le sel améliore même ceux qui sont avariés.

La salaison des foins est certainemect une excellente pratique, mais l'auteur aurait dû, nous semble-t-il, ne pas se borner à un aliment exclusif ; s'il avait passé en revue les diverses plantes fourragères que nos animaux consomment, il aurait trouvé que le résidu de la betterave, après l'extraction du suc, deviendrait bien plus profitable au bétail, en l'entassant dans des fosses après l'avoir préalablement mélangé avec du sel.

L'idée que le sel améliore les fourrages avariés est réprouvée par la saine raison et par l'expérience. En effet, les végétations parasites dont ils se couvrent conservent leurs propriétés irritantes, parfois délétères, malgré l'addition du sel. C'est à peu près comme si l'on voulait faire consommer de la viande gâtée, en la trempant dans la saumure. Le sel masquera, jusqu'à un certain point, la

saveur des fourrages détériorés, et les animaux les mangeront sans trop de répugnance; mais ils n'en éprouveront pas moins les effets de l'action toxique inhérente aux aliments avariés.

Nous pourrions appuyer cette assertion de faits nombreux ; mais il nous suffira d'en citer un qui nous paraît concluant. Le fermier du Harroy, dépendance du domaine royal d'Ardenne, eut, en 1829, tous ses foins avariés, par suite du débordement de la Lesse. Forcé d'en nourrir son bétail, il nous avait préalablement consulté sur les moyens de les améliorer. Nous conseillâmes la salaison, qui n'empêcha pas le typhus charbonneux de se déclarer, et d'enlever vingt-deux chevaux, cinquante bêtes à cornes et trois cents moutons. Cette maladie ne cessa de faire des victimes, que lorsque l'on eut remplacé les approvisionnements par des fourrages de bonne qualité.

Ce point est donc fort important, et l'on ne saurait assez combattre l'erreur qui tend à faire considérer le sel comme une panacée universelle, capable de neutraliser les effets malfaisants de toute matière nutritive qui a subi des avaries.

Ces observations sont communes aux trois Mémoires, car leurs auteurs sont tombés dans la même erreur.

Le second chapitre traite de l'action prophylactique du sel. L'auteur soutient qu'il est indispensable à l'entretien de l'état normal du sang et des tissus, qu'il conserve la santé, augmente l'appétit, tue les vers et entretient l'harmonie des fonctions ; que la privation du sel, dans les années pluvieuses, occasionne le ramollissement des organes et la multiplication des vers.

Ces lieux communs appuyés de simples assertions, sont suivis de citations éparses, puisées dans Chabert, Robinet, Gelin, Leblanc, Flandrin et Daubenton. Il invoque aussi l'opinion de Virgile. Suivant l'auteur, le poète latin affirme que l'usage du sel augmente la somme de nourriture que les aliments fournissent aux animaux, que ceux qui en mangent sont plus vigoureux, ont le sang plus pur, et que le sel prévient le pissement de sang.

Le poète latin ne dit rien de semblable dans le troisième livre de ses Géorgiques : il conseille le sel, afin d'exciter la soif des moutons et d'augmenter ainsi la sécrétion laiteuse, mais il ne parle ni des effets du sel sur les aliments, ni du pissement de sang. Du reste, aucune des citations indiquées par l'auteur n'est soumise à la plus légère critique; il termine son chapitre, par cette seule induction, que l'utilité et les bons effets du sel sont assez prouvés, mais qu'autant son usage modéré est salutaire, autant l'excès nuit à la santé.

L'auteur cherche à prouver ce dernier axiome dans le troisième

chapitre. A cet effet, il cite, sans toutefois les discuter, les opinions de Mayeur, de Leblanc, de Flandrin, de Carlier, de Chabert et de Gelin : il se contente d'admettre avec Mayeur, qu'il qualifie de vétérinaire distingué, mais qui nous est parfaitement inconnu, que l'abus du sel détermine chez les chevaux des paralysies, le tétanos, des convulsions, des éruptions, etc. ; que le sel n'est d'aucune utilité dans les maladies contagieuses, qu'elles seront, au contraire, plus intenses et marcheront plus rapidement vers une terminaison fatale, chez les animaux auxquels on le donne.

Pour ces assertions et d'autres semblables, qui ne sont point basées par des faits, il faut en croire l'auteur sur parole, alors même que l'expérience journalière vient lui opposer des dénégations.

Le quatrième chapitre indique la dose de sel à donner par jour à chaque animal : il passe sous silence le mode d'administration. L'auteur a encore recours à de nombreuses citations, et il fixe les doses d'une manière empirique et arbitraire.

On remarque dans ce chapitre une lacune importante : la question demande formellement que l'on établisse la dose du sel, d'après la destination de l'animal et les conditions hygiéniques dans lesquelles il peut se trouver. Or, il est deux destinations, deux conditions hygiéniques qu'il eût été important de faire ressortir, ce sont l'engraissement et la lactation. L'influence que le sel peut exercer, et exerce en effet sur ces deux points de l'économie rurale, méritait d'être traitée avec tous les développements que la matière comporte.

Ce Mémoire est écrit avec clarté ; l'auteur fait, en plusieurs endroits, preuve d'érudition, mais on cherche vainement des applications raisonnées, des principes qui découlent des nombreuses citations que son travail renferme. La manière dont il a traité son sujet entraîne de nombreuses lacunes ; plusieurs des points les plus intéressants de la question sont restés sans solution. La sixième section pense en conséquence que le Mémoire n° 1, portant pour devise : *Heureux celui qui peut être utile à son pays*, ne satisfait pas aux conditions du concours.

Nous allons, Messieurs, intervertir l'ordre et passer au Mémoire n° 3, réservant pour la dernière analyse le Mémoire n° 2, à l'égard duquel votre sixième section a pris des conclusions, sur lesquelles vous aurez à vous prononcer.

De même que le n° 1, le n° 3, portant pour épigraphe : *Où l'expérience parle, toute théorie doit se taire*, est divisé en quatre chapitres. Abstraction faite des citations, nos observations sur le premier chapitre du Mémoire n° 1, sont applicables au n° 3. L'au-

teur ajoute cependant, sans formuler son opinion sur la valeur du procédé, qu'en Allemagne, en Suisse, dans le Lyonnais et le Tyrol, on conserve les feuilles d'arbres, en les entassant par couches, dans des fosses, après les avoir saupoudrées de sel.

Dans le deuxième chapitre, l'auteur expose que le sel est abondamment répandu dans la nature, que l'instinct pousse l'homme et les animaux à le chercher, et partant de ces principes, il fait du sel une panacée universelle, comme moyen prophylactique et comme moyen curatif.

Dans le troisième chapitre, l'auteur s'occupe de l'emploi raisonné du sel et de la dose à laquelle on peut l'employer, tout ce qu'il dit à ce sujet est vague et ne repose sur aucun raisonnement.

Après avoir disserté longuement sur les divers modes d'administrer le sel, il se prononce pour la forme liquide sans tenir compte du mode d'alimentation usité.

Les maladies produites par les abus de l'usage du sel, qui forment la matière du quatrième chapitre, sont les convulsions, le tétanos, etc.

Ce travail, sur lequel il est inutile de nous arrêter plus longtemps, est trop incomplet, pour qu'il puisse être pris en considération.

Le Mémoire numéro 2, ayant pour épigraphe : *Solum, sol, sal ; cum solo, sole et sale, omnia fiunt,* est divisé en cinq chapitres précédés d'une introduction qui renferme des considérations sur l'histoire du sel, dont l'usage répandu de temps immémorial parmi les peuples, s'est étendu avec le progrès de la civilisation. Malheureusement l'impôt est venu frapper cette denrée de première nécessité, et à mesure que les taxes augmentent, le sel devient nécessairement d'un emploi plus restreint dans l'économie rurale. Invoquant l'exemple du Gouvernement de la Grande-Bretagne, qui a eu le bon esprit d'affranchir de l'impôt le sel destiné à l'agriculture, l'auteur démontre l'influence de cette mesure sur l'amélioration du bétail et sur l'amendement des terres.

Dans le premier chapitre, intitulé *Emploi du sel pour la conservation et l'amélioration des fourrages*, l'auteur parle de l'influence des pâturages salés des contrées maritimes sur la qualité de la chair des animaux qui y paissent ; il indique les sources du sel, et lui attribue la stérilité des terres qui en sont trop fortement imprégnées. Il donne ensuite les procédés à suivre pour dessaler ces terrains, procédés qui consistent dans la culture des plantes salées. Une note extraite du *Cours d'agriculture* de M. de Gasparin, établit à quelle dose le sel rend la terre impropre à la culture ; cette note

préconise le sable calcaire comme un excellent amendement pour dessaler le sol.

Ces considérations agronomiques ne sont certainement pas étrangères à la question; cependant nous aurions désiré que, tout en nous faisant connaître ce qui se pratique sur les côtes basses de la Méditerranée, en France et en Espagne, l'auteur nous eût aussi enseigné ce qui se pratique et ce qui devrait se pratiquer, sous ce rapport, sur nos côtes maritimes.

Dans des paragraphes séparés, l'auteur traite de l'*amélioration* et de la *conservation* des fourrages par le sel. Il établit en principe que tous les fourrages, même les meilleurs, sont susceptibles d'amélioration par une addition de sel, et que toute provende fourragère devrait être salée à moins de contre-indication.

Si nous partageons les opinions de l'auteur à cet égard, nous ne sommes plus d'accord avec lui, lorsqu'il prétend faire servir le sel comme correctif des fourrages salis de limon, ou rentrés dans un état de dessiccation imparfaite, circonstances qui donnent lieu à la formation de cryptogames délétères.

L'auteur décrit avec soin une méthode très-économique de conserver les foins par le sel; il exprime, à juste titre, ses regrets de ne pas la voir mettre plus souvent en usage par les cultivateurs Belges, l'inconstance de notre climat rendant la salaison plus nécessaire qu'ailleurs. Elle est tout à la fois facile et peu coûteuse. La dose la plus convenable paraît être, suivant l'auteur, de deux kilogrammes de sel, pour mille kilogrammes de fourrages. Cette quantité nous paraît trop minime; la dose ordinaire, celle que l'expérience a constatée comme la plus convenable, et qui est généralement adoptée, établit la proportion à un pour cent.

Le chapitre 2 traite de *l'emploi du sel comme préservatif contre les maladies du bétail.* L'auteur affirme que le sel est toujours utile au bétail; qu'il faut le répéter aux cultivateurs, car c'est une de ces vérités dont ils ne peuvent être assez pénétrés. L'emploi du sel devient surtout nécessaire, lorsque les animaux sont menacés de maladies épizootiques; l'auteur pose en thèse générale, qu'ils sont alors moins disposés à les contracter; qu'ils jouissent d'une santé plus robuste; que le sel leur donne cette force de résistance, en disposant leurs organes à tirer d'une quantité donnée de nourriture, une plus grande somme de substance nutritive.

Cette proposition est formulée d'une manière trop absolue : s'il est vrai que le sel soit le préservatif par excellence contre les affections cachectiques, débilitantes, qui envahissent les troupeaux pendant les années froides et pluvieuses, et contre plusieurs maladies dues à l'état de domesticité, le sel devient impuissant à pré-

venir ces affections aiguës à marche rapide, qui moissonnent les animaux par centaines. Tel est le typhus charbonneux, dont les plus forts, les mieux nourris, sont les premiers victimes. En admettant le principe posé par l'auteur, le sel agirait dans le sens de la cause.

L'auteur a voulu étayer ces données par des faits. Il indique la dernière épizootie de typhus contagieux, qui a si cruellement sévi dans les contrées Orientales de l'Europe; et il ajoute que les animaux presque sauvages des plaines de l'Ukraine, de la Podolie et de la Hongrie ont été frappés daus des proportions plus fortes que ceux des fermiers de la Silésie et de la Bohême, qui font entrer le sel dans l'alimentation de leur basse-cour, tandis que le bétail libre des steppes n'en reçoit jamais. Si le fléau s'est arrêté dans l'Occident, c'est que, dans toutes les fermes de l'Allemagne, le bétail consomme du sel.

Ce passage renferme de nombreuses erreurs. D'abord la maladie n'a point paru dans la Silésie, non pas parce que l'on donne du sel aux bêtes bovines, mais grâces au cordon sanitaire placé sur la frontière par les autorités prussiennes. Si la Bohême n'a pas éprouvé de pertes plus considérables, c'est que l'on a eu recours à temps à l'isolement et à la destruction des bestiaux infectés. Vouloir arrêter la contagion du typhus par le sel, c'est comme si l'on prétendait faire servir cette substance comme moyen prophylactique contre la peste humaine.

Qui ne sait encore que dans les steppes de la Russie méridionale, où le typhus contagieux prend spontanément naissance, les sources et les lacs salés sont si abondants et si riches, qu'ils fournissent à la consommation du sel de presque tout l'empire?

L'usage du sel pour le bétail est loin d'être général, en Allemagne; aussi, en faisant abstraction des grands domaines, il est peut-être plus restreint qu'en Belgique, et les races de ce pays sont loin de valoir les nôtres.

Si nous devons avoir à cœur de répandre les bonnes pratiques, gardons-nous de les exagérer; le mécompte, la déception suivent de près, et de là à un abandon total, la pente est rapide.

L'auteur se livre ensuite à des considérations physiologiques très-étendues sur les effets du sel. Notre intention n'est pas de le suivre sur ce terrain, car il faut que le Mémoire couronné puisse servir de guide à nos éleveurs. Pour lui conserver cette destination, nous aurions désiré que l'auteur se fût borné à l'exposé clair et précis par lequel il entre en matière, et s'abstînt d'une foule de termes scientifiques, intelligibles seulement pour ceux qui se sont livrés à des études complètes et approfondies.

Ce qu'il dit du sel, envisagé comme préservatif des maladies, laisse à désirer ; il nous semble que l'auteur n'aurait pas dû s'écarter des généralités, en les mettant en rapport, ainsi que le veut la question, avec le tempérament, la topographie des lieux, le climat et les saisons. Il devenait alors inutile de dire que le sel prévient, chez le cheval, la *gastrite*, l'*indigestion*, la *pousse*, la *fluxion périodique*, les *vers* et les *calculs intestinaux*, les *eaux aux jambes*, la *morve* et le *farcin*, et ainsi de suite pour les maladies des autres espèces domestiques. Par l'énumération de ces diverses affections, que le sel est censé prévenir, on accorde à cette substance des vertus fort contestables, pour ne pas dire imaginaires, et c'est tomber dans une exagération qu'il est important d'éviter dans un travail de cette espèce.

Ce chapitre est terminé par un aperçu plein d'intérêt sur les sources et les pays de provenance du sel ; l'auteur donne, d'après Dumas, l'analyse chimique du sel des sources de Montiers, des eaux de l'Océan, de la mer d'Otkosk dans la Russie asiatique, du sel des mines de Selinginsk en Sibérie. Nous croyons ces analyses inutiles au but que l'on veut atteindre ; mais ce qui ne l'est pas, c'est la statistique de l'importation et de la consommation du sel en Belgique, du revenu qu'il rapporte au fisc. L'auteur parle aussi du dégrèvement du sel, mais il fait entrevoir que le dégrèvement n'est qu'illusoire ; car les formalités à remplir pour en profiter, entraînent des frais qui peuvent être évalués au prix de revient du sel brut non dégrévé. En effet, nos agriculteurs paraissent ne pas en avoir beaucoup profité, puisque depuis la réduction, la quantité de sel employée aux usages agricoles, n'a été, dans l'espace de neuf mois, que de 57,313 kilogrammes, sur une importation de 29,270,000 kilogrammes.

L'auteur engage les habitants du littoral des Flandres à faire usage de l'eau de mer ; il fait connaître l'emploi qu'on en fait dans les départements français touchant à la Méditerranée, pour saler les fourrages. Ce procédé consiste à arroser le foin et la paille, et à faire marcher circulairement des chevaux, des bœufs sur les gerbes. Il est douteux que ce mode de salaison puisse convenir à un climat où la rentrée des récoltes se fait si rarement par un temps sec.

Le chapitre 3 contient le *dosage du sel ;* l'auteur l'expose sous le triple rapport de l'éducation, de l'entretien et de l'engraissement, pour toutes nos espèces domestiques. Prenant pour base la pratique empirique, mais habile, des éleveurs du Palatinat et de l'Angleterre, il établit des rapports entre la dose du sel et le poids de l'animal, ainsi qu'entre ce poids et celui de la ration journalière.

C'est le mode le plus rationnel, et nous devons accorder à l'auteur le mérite d'avoir formulé le dosage du sel, en principes faciles à mettre en pratique. L'auteur s'est servi de chiffres pour appuyer ses déductions, et ils nous ont paru établis avec clarté et justesse.

Le dosage du sel est le chapitre capital du Mémoire n° 2; il satisferait le critique le plus sévère, il mériterait d'être loué sans restriction, si l'auteur avait traité avec plus de développement de l'influence du sel sur la lactation.

Le mode d'administration du sel forme la matière du chapitre 4.

L'auteur examine successivement le sel employé seul, en mélange avec d'autres substances et mélangé aux aliments.

Le premier mode ne convient que quand on veut employer le sel comme médicament.

Le second mode, que l'auteur rejette avec raison, consiste à former des masses de sel et de plâtre ou d'autres substances qui en augmentent le volume; on les place à la portée du bétail, et les animaux les lèchent en passant. Cette préparation augmente le volume sans avantage réel.

Le troisième mode, auquel l'auteur donne la préférence, consiste à mélanger le sel aux aliments crus, cuits ou fermentés; il conseille de réserver la plus forte partie de la ration journalière, pour la nourriture la moins facile à digérer.

Ce chapitre contient encore quelques préceptes pour la préparation des fourrages fermentés.

Le chapitre 5 et dernier traite des maladies provoquées par l'abus du sel, de son action toxique quand il est administré à trop forte dose. L'auteur n'entre pas dans de grands détails; il envisage cette partie de la question, sous un point de vue général, mais suffisant pour signaler les abus contre lesquels il veut prémunir les éleveurs.

A la fin du Mémoire se trouvent, comme pièces à l'appui, six annexes extraits des ouvrages de Grognier, du *Livre des campagnes*, du *Traité d'hygiène* de Magne et de divers journaux d'agriculture. Ces extraits font connaître l'opinion d'un grand nombre d'auteurs sur plusieurs points relatifs à l'emploi du sel dans l'économie rurale.

Si les deux premiers chapitres du Mémoire n° 2 valaient les trois derniers, nous n'hésiterions pas à vous proposer de lui accorder le prix.

Dans ces deux chapitres, l'auteur tantôt n'a atteint le but qu'en partie, et tantôt l'a dépassé; s'il s'est écarté de la question, il faut l'attribuer à la manière dont elle a été posée; car l'Académie n'a pas demandé un travail populaire, à la portée des cultivateurs.

Nous croyons cependant, ainsi que nous l'avons dit en débutant, que la personne qui a créé le prix a entendu lui conserver ce caractère.

Le concours actuel diffère essentiellement des concours ouverts par l'Académie; la récompense ne peut se diviser, sans méconnaître les intentions du donateur.

Ces considérations ont déterminé la sixième Section à vous proposer de décerner le prix à l'auteur du Mémoire n° 2, à condition qu'il consentira à remplir les lacunes que nous avons indiquées, à redresser quelques erreurs, et à retrancher les passages qui s'écartent de l'esprit de la question.

Après une discussion, à laquelle prennent part MM. Stas, Verheyen, Thiernesse, Fossion, Craninx et Lebeau, l'Académie adopte la proposition suivante faite par ce dernier membre.

« Le prix donné sera sans condition.

« L'auteur sera invité à compléter son Mémoire.

« Les additions seront signalées à l'impression. »

L'ouverture du billet, annexé à ce travail, fait connaître que son auteur est M. le docteur Desaive, à Bruxelles.

Les billets annexés aux deux autres Mémoires envoyés au concours, sont ensuite brûlés en séance. Le premier a pour devise : « *Heureux celui qui peut être utile à son pays* »; et le second : « *Où l'expérience parle, toute théorie doit se taire.* »

Questions de concours. — L'Académie, après en avoir délibéré, adopte les trois questions suivantes, pour le concours de 1846-1848.

Première question. — « Faites l'histoire de l'albuminurie, en insistant d'une manière spéciale snr la nature de cette affection. »

Prix : *Une médaille d'or de la valeur de* 600 *francs.*

Deuxième question. — « Ecrivez un exposé raisonné de toutes les recherches et découvertes faites, depuis le commencement du XIX° siècle, pour éclairer les questions relatives aux empoisonnements, considérés, tant au point de vue du traitement médical à leur opposer, que sous le rapport médico-légal. »

Prix : *Une médaille de la valeur de* 600 *francs.*

Troisième question. « Quelle est la valeur de l'auscultation et de la percussion, appliquées aux maladies de poitrine du cheval? Etablissez, par des faits, les lésions des organes thoraciques que ces méthodes permettent de diagnostiquer.

Prix : *Une médaille d'or de la valeur de* 500 francs.

OCT. 1846.	Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin.	Température centigrade de l'air, à 9 h. du m.	Extrêmes de la température centigrade. Maxim.	Minim.	Hygromètre de Saussure, à 9 h. du m.	Hauteur de l'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
	mm.	°	°	°	°			
1	757,35	+11,1	+17,5	+ 7,0	93,5	»	SO.-NO.	Beau.
2	755,09	+10,6	+16,5	+ 7,2	95,0	»	NO.	Sombre.
3	748,98	+13,6	+16,0	+12,1	98,0	1,02	SSO.-ONO.	Sombre, pluvieux.
4	753,90	+11,8	+16,3	+ 8,4	97,0	2,68	OSO.-ESE.	Assez beau.
5	747,83	+14,5	+18,6	+10,2	92,5	»	ESE.-S.	Sombre.
6	749,91	+14,8	+17,6	+12,4	90,5	0,76	S.-SSO.	Variable, vent fort.
7	749,00	+13,9	+16,2	+11,4	97,0	5,09	SSO.	Variable, pluvieux.
8	748,00	+11,9	+16,3	+10,5	95,5	1,65	SO.	Incertain ; vent,
9	754,20	+13,0	+15,9	+10,2	90,0	1,02	SSO.	Nuageux ; vent.
10	750,74	+15,3	+18,6	+12,1	90,0	»	SO.	Beau, mais vent fort.
11	756,04	+12,4	+16,3	+ 9,3	95,0	»	SSO.-S.	Beau le matin, pluvieux le soir.
12	748,06	+12,2	+16,4	+ 9,8	89,5	1,40	OSO.-S.	Assez beau.
13	748,75	+11,9	+15,6	+ 9,6	94,5	0,25	S.-OSO.	Incertain.
14	749,98	+10,3	+12,5	+ 8,9	88,0	0,64	SSO.-S.	Temps sombre ; le soir, vent fort.
15	738,16	+12,4	+15,4	+ 9,8	93,5	1,53	S.-SSE.	Assez beau.
16	740,74	+13,5	+16,3	+11,2	93,0	»	ESE.	Sombre.
17	744,24	+13,8	+14,7	+11,3	91,5	2,93	S.	Temps sombre.
18	746,68	+13,6	+16,1	+10,5	97,0	1,65	S.	Sombre, pluvieux par intervalles.
19	754,84	+12,2	+16,4	+ 8,8	96,0	0,13	SSE.-SSO.	Beau le matin, couvert le soir.
20	749,86	+11,9	+16,9	+ 8,1	94,0	»	S.-SO.	Assez beau.
21	745,71	+ 9,2	+ 9,6	+ 6,2	89,0	0,64	S.-SSO.	Beau le m. et le s. ; pluvieux et vent fort dans la journée.
22	740,03	+ 8,0	+10,3	+ 6,0	92,0	7,64	SO.	Pluvieux.
23	749,98	+ 8,4	+11,1	+ 5,3	90,5	3,18	SO.	Nuageux ; beau le soir.
24	753,32	+ 5,7	+10,5	+ 3,0	98,0	0,13	S.-SSO.	Beau le matin ; pluvieux le soir.
25	748,10	+ 6,9	+11,7	+ 5,7	98,0	1,53	S.-ESE.-ENE.	Beau le matin, nuageux le soir.
26	756,15	+ 7,4	+12,3	+ 5,3	98,0	»	S.-SO.-NNE.	Sombre le matin, nuageux le soir.
27	762,46	+ 7,7	+12,4	+ 4,5	95,0	0,13	NNE.-ENE.	Beau.
28	762,60	+ 6,7	+11,4	+ 3,4	94,5	»	ENE.-NNE.	Sombre le matin ; le soir assez beau.
29	758,14	+ 7,1	+10,2	+ 6,8	98,0	»	NNE.	Temps gris.
30	759,75	+ 7,7	+ 8,9	+ 6,6	99,0	»	NNE.-N.	Gris, brumeux.
31	761,34	+ 8,3	+10,8	+ 7,6	98,5	»	N.	Temps gris.

REPRODUCTION ET REVUE

DES

JOURNAUX ETRANGERS.

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQ. ET CLINIQ. MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE. — 1. *Des éruptions sudorales;* par M. Duclos.

(Suite : voir t. IX, septembre 1846, p. 47; t. X, octobre, p. 53; t. XI, novembre, p. 30.)

(Journal de Médecine de M. Trousseau, novembre 1846.)

Il importait, avant de poursuivre plus loin notre étude, d'établir l'influence sudorale dans les conditions diverses dont il nous reste à parler. Nous ne voulons ni donner une description détaillée des éruptions qui seront indiquées, ni rechercher complétement toutes les circonstances dans lesquelles elles peuvent se rencontrer. Nous mentionnerons seulement les principales.

1° *Sueurs morbides.* — Les maladies dans lesquelles la sécrétion sudorale peut devenir l'origine d'éruptions cutanées sont assez nombreuses. La première est l'*infection purulente.*

Il y a déjà longtemps qu'on a signalé les exanthèmes de forme si variable qui se développent chez les sujets atteints d'infection purulente. Les procédés d'investigation directe ne permettent pas sans doute d'affirmer l'existence du pus, soit en nature, soit modifié, dans les sueurs des sujets placés dans cette condition, mais sa présence s'y trahit par la fétidité de la sécrétion. Que certains éléments du pus soient d'ailleurs ou non contenus dans la sueur, et à quelque état qu'ils s'y trouvent, il est impossible de nier l'action spéciale qu'exerce sur le système cutané la sécrétion sudorale dans l'infection purulente. Elle devient l'origine d'exanthèmes très-variés dans leur forme, d'érythèmes, d'affections vésiculeuses et pustuleuses ; enfin, d'une forme que jusqu'ici nous n'avions pas rencontré, d'une affection d'apparence squameuse.

Il serait impossible d'indiquer d'une manière absolue la fréquence relative de ces formes si différentes. La dernière est peut-être celle qui se présente le plus communément. Il est rare qu'un

sujet reste pendant quelques jours aux prises avec une infection purulente, sans que bientôt l'épiderme devienne le siége d'une desquamation furfuracée plus ou moins étendue. Les éruptions vésiculeuses sont peut-être aussi moins rares que les autres, sans égaler cependant la fréquence de celle qui précède.

C'est par un mécanisme identique que se produisent les diarrhées des sujets atteints d'infection purulente, soit que, la sécrétion sudorale étant suspendue, la fluxion se porte du côté de la membrane muqueuse intestinale, soit que le travail fluxionnaire envahisse en même temps les surfaces cutanée et muqueuse. Il est impossible de se rendre compte autrement de ces diarrhées violentes et tenaces qui se montrent brusquement dans le cours de l'infection purulente en l'absence de toute action immédiate sur le tube digestif. Elles ne sont que le produit d'un travail général d'élimination qui se partage entre les deux grandes surfaces d'émonction, la peau et les membranes muqueuses.

La peau devient encore le siége d'exanthèmes variés dans un grand nombre d'autres faits que nous grouperons sous la dénomination générale de *diathèse suppurative*.

Chez un sujet dont la peau et les membranes muqueuses sont d'une grande susceptibilité, chez lequel une simple excoriation devient l'origine de longues suppurations, une ophthalmie, un coryza, se perpétuent sans pouvoir être modifiés; il arrive assez souvent que des sueurs mêmes assez peu abondantes provoquent des éruptions cutanées. Cette condition est commune chez les enfants, et l'exanthème qui se produit revêt le plus ordinairement la forme pustuleuse. Tels sont les divers impétigos qui se développent au cuir chevelu, au pourtour de la bouche, du nez, des oreilles, des yeux, dans tous les points où la vascularité de la peau est plus grande, les fluxions plus habituelles. Tels sont encore, réfléchis sur les membranes muqueuses, les coryzas, les ophthalmies si tenaces, si difficiles à modifier par un traitement exclusivement local, la cause qui les produit et les entretient étant évidemment générale.

D'autres fois, à la suite de l'introduction dans l'économie d'une substance virulente, il s'établit un travail en vertu duquel la sueur est modifiée dans sa constitution, et devient, par des propriétés irritantes, l'origine d'exanthèmes cutanés. Telle est la vaccination suivie dans des cas si nombreux d'éruptions secondaires.

Rien n'est plus variable que l'*exanthème vaccinal*. Tantôt il se réduit à de simples taches pseudo-morbilleuses disséminées dans une petite étendue, ou au contraire confluentes et générales à la

surface cutanée. D'autres fois, il prend le caractère vésiculeux, et alors apparaissent des eczémas, des éruptions miliaires, et même, dans quelques cas rares, des herpès. Quelquefois il revêt la forme pustuleuse de l'impétigo, de l'acné, ou même de l'ecthyma. Enfin, dans des circonstances assez fréquentes et sans qu'on puisse s'expliquer cette singulière diversité, il est constitué par des papules larges et rosées dont l'aspect rappelle complétement celui du strophulus. Dans tous les cas, le mode de production est identique. C'est une altération consécutive de la sueur. L'exanthème vaccinal n'est point une généralisation de la pustule d'inoculation ; ce n'est point une éruption successive de même nature, susceptible comme elle de se transmettre et de se reproduire : c'est un résultat exclusivement sudoral, et voilà pourquoi elle présente dans son développement une si grande diversité. Voilà aussi pourquoi elle est essentiellement fugace, transitoire, sans ténacité, la cause qui la produit étant elle-même tout à fait passagère.

L'exanthème vaccinal nous explique une autre éruption qui se manifeste quelquefois à la suite de la *variole* pendant la période de desquamation. Il arrive alors qu'il se développe des éruptions dites secondaires dont la forme est en général pustuleuse, et qu'on ne saurait mieux comparer qu'aux varicelles dans lesquelles les bulles sont peu volumineuses. Ce sont encore là des éruptions sudorales, et non des récidives ou des recrudescences de l'éruption variolique. Le pus renfermé dans ces bulles ne possède aucune des propriétés spécifiques du pus variolique. Il ne saurait jamais engendrer la variole. La sueur produite dans ces circonstances a seulement des qualités irritantes en vertu desquelles elle détermine une certaine phlegmasie du derme.

Nous avons supposé dans les conditions qui précèdent l'existence de modifications dans la nature même de la sueur, soit que certains éléments du pus y fussent contenus, soit que quelques autres principes s'y fussent développés. C'est une hypothèse que ne confirme peut-être pas l'analyse chimique, impuissante à révéler certains phénomènes qu'il est pourtant impossible de nier. Qu'importe, d'ailleurs? Elle repose sur un fait d'observation clinique incontestable, à savoir : que, dans les circonstances indiquées précédemment, la sueur, sans augmenter de quantité, est l'origine d'affections diverses du système cutané.

Dans d'autres cas, le phénomène est moins simple. Non-seulement la sueur est modifiée dans sa nature intime, dans sa constitution : sa quantité s'est exagérée outre mesure. C'est là ce qu'on rencontre dans une affection si grave quelquefois, et par-

ticulièremeut quand elle revêt la forme épidémique dans la *suette miliaire.* La succession des phénomènes est ici bien tranchée. Des symptômes généraux se manifestent qui signalent le début de la maladie, puis des sueurs abondantes apparaissent pour être bientôt suivies de l'exanthème spécial à cette affection. Nous trouvons donc ici un exanthème qui n'est point, à proprement parler, la maladie elle-même, qui ne peut servir à en juger la nature intime, qui n'est enfin rien autre chose qu'un épiphénomène dont l'existence est subordonnée à la présence de sueurs morbides de quantité exagérée.

Une autre éruption, la *miliaire pellucide* (sudamina) de la fièvre typhoïde, n'a pas une autre origine. C'est à la partie supérieure de la poitrine, au-dessous des clavicules, puis à la partie inférieure du cou, c'est-à-dire dans les points le plus abondamment baignés de sueur, qu'elle se développe particulièrement, et qu'elle acquiert même quelquefois un certain degré de confluence. L'éruption naît-elle sous la seule influence de l'exagération de la sécrétion? Nous ne pouvons le penser. Il nous semble qu'il y a là un effet plus complexe, et que la composition de la sueur n'est point étrangère à ce phénomène.

C'est ici enfin que nous rangerons un autre exanthème qui se produit dans des conditions également spéciales : l'*exanthème puerpéral.* Cette éruption, décrite depuis quelques années seulement, et de forme en général pseudo-morbilleuse, se manifeste chez les femmes récemment accouchées, lorsqu'elles sont prises à ce moment de sueurs assez abondantes. Elle offre un grand intérêt, non-seulement par son étiologie, mais aussi par l'incertitude qu'elle pourrait quelquefois jeter dans le diagnostic. Si l'on suppose, en effet, que cet exanthème se développe le second ou le troisième jour de l'accouchement, c'est-à-dire à l'époque où, physiologiquement, la fièvre doit s'établir, qu'il s'accompagne de quelques phénomènes catarrhaux si faciles à se produire sous l'influence du moindre refroidissement, on comprend aisément combien il devient difficile de distinguer l'exanthème puerpéral de la rougeole. La contagion de cette dernière affection, les soins qu'elle exige, donnent pourtant à une pareille erreur une grande gravité. Il importe donc de connaître d'abord l'existence de l'exanthème puerpéral, d'être ensuite éclairé sur sa valeur pathologique.

2° *Sueurs médicamenteuses.* — Lorsqu'on administre certaines substances que nous indiquerons, et dans les conditions pathologiques générales ou locales les plus différentes d'ailleurs, il arrive assez fréquemment qu'il se développe à la surface cutanée, ou

même du côté des membranes muqueuses, certains phénomènes phlegmasiques, certains exanthèmes intéressants à étudier.

C'est toujours par une action immédiate, ainsi que nous l'avons vu, que se produit l'exanthème. Le médicament absorbé est expulsé par les surfaces cutanées et muqueuses, et communique à la sécrétion sudorale ou muqueuse des propriétés toutes nouvelles et en général irritantes, en sorte que l'altération qui se manifeste du côté de la peau n'est point un phénomène sympathique, mais bien le résultat de l'action directe du médicament.

Il est à cet égard un fait intéressant à noter, c'est que la rapidité et l'étendue du développement de ces éruptions ne sont point en rapport absolu avec la quantité du médicament absorbée. Tel sujet prend pendant longtemps des doses considérables de copahu, de cubèbe, d'iodure de potassium, sans que jamais apparaisse du côté du système cutané le moindre exanthème. Chez tel autre, au contraire, l'administration des mêmes substances à dose extrêmement faible, et pendant quelques jours seulement, provoquera le développement d'éruptions générales et confluentes. Il y a à cet égard des différences qui ne peuvent être formulées d'une manière générale : elles sont surtout individuelles. Ces susceptibilités si diverses sont de véritables idiosyncrasies.

Les substances dont l'absorption peut devenir l'origine d'exanthèmes cutanés sont assez nombreuses. Nous indiquerons sommairement les principales.

Opium et ses diverses préparations. — Les éruptions que détermine l'administration de l'opium ou des composés dont il constitue la base sont toujours de nature exanthématique. Le plus ordinairement, elles consistent dans de petites taches rouges et parfaitement isolées qui rappellent par leur disposition, leur forme, leur durée, les éruptions pseudo-morbilleuses que nous avons déjà décrites. Ce sont d'ailleurs des faits qu'on rencontre assez rarement, bien que, de tous les médicaments, aucun ne soit d'un emploi plus fréquent que l'opium. Il importe de remarquer que ces éruptions ne se développent pas avec une égale facilité, quelle que soit la préparation d'opium administrée. On les rencontre surtout lorsque l'opium a été pris en quelque sorte en nature, à l'état de laudanum ou d'extrait, par exemple, composés dans lesquels l'opium a subi une simple concentration plutôt qu'une véritable altération. Elles sont plus rares à la suite de l'administration des substances qui, comme la morphine et ses divers sels, ne sauraient être assimilées à l'opium, bien qu'elles en proviennent.

L'exanthème de l'opium se produit en l'absence même de l'exa-

génération de la sécrétion sudorale. Il est pourtant vrai de dire qu'en général les diverses préparations opiacées, lorsqu'elles sont prises à doses un peu élevées, provoquent une certaine diaphorèse, condition qui favorise sans doute le développement de l'éruption.

Il est vraiment digne de remarque que l'exanthème de l'opium varie aussi peu dans sa forme, alors que, dans les conditions précédentes, nous constations une aussi grande diversité. C'est un fait de plus qui démontre péremptoirement que ces éruptions cutanées résultent d'une action immédiate et ne sont point des phénomènes sympathiques. L'identité de la cause entraîne ici l'identité de l'effet.

Solanées vireuses. — Ce sont encore des éruptions exanthématiques que produisent les solanées vireuses, et il est vrai de dire qu'elles sont aussi rares que celles déterminées par l'opium. On a de fréquentes occasions d'administrer la belladone, la jusquiame, le datura, et on observe peu communément des éruptions cutanées consécutives.

Tandis que l'exanthème de l'opium était presque toujours pseudo-morbilleux, celui des solanées vireuses est ordinairement pseudo-scarlatineux, c'est-à-dire qu'il consiste en de larges plaques rouges violacées identiques, quant à leur aspect, à celles de la scarlatine. Il succède alors à des sueurs généralement assez abondantes, provoquées par d'assez fortes doses de solanées chez la plupart des sujets, et même par de faibles doses chez ceux qui, doués d'une susceptibilité particulière, sont plus facilement touchés par ces substances.

Oléo-résines. — Toutes les oléo-résines peuvent produire des éruptions cutanées. Aucune n'en détermine plus fréquemment que la térébenthine, et surtout le copahu. L'administration de ces substances provoque, et quelquefois dès le premier jour, des sueurs dont l'odeur accuse bien nettement l'origine et qui sont suivies du développement d'exanthèmes variés. La forme la plus habituelle que revêtent ces éruptions sudorales les rapproche des deux précédentes. Ce sont ordinairement des exanthèmes ou pseudo-morbilleux, ou pseudo-scarlatineux. Il est vraiment très-exceptionnel de voir l'usage du copahu ou de la thérébentine amener des éruptions, soit vésiculeuses, soit surtout pustuleuses. Les papules sont une forme moins rare, bien que pourtant elle soit loin d'être commune.

C'est dans le même groupe que nous rangerons d'autres éruptions qui, pour être moins fréquentes, n'en offrent cependant pas moins d'intérêt. Nous voulons parler de celles qui succèdent à l'administration du poivre cubèbe. Elles sont également de na-

ture exanthématique, et dues comme les précédentes à des sueurs dont l'odeur démontre incontestablement l'influence du cubèbe.

Il est peu d'éruptions plus fugaces que celles dont nous parlons en ce moment. Elles ne persistent en général que pendant tout le temps que la sueur conserve l'odeur qui lui a été communiquée par les diverses oléo-résines, et cessent complétement lorsqu'elle est rentrée dans les conditions normales, témoignage évident du fait sur lequel nous ne saurions trop insister, à savoir : que ces éruptions ne sont point des phénomènes sympathiques, mais bien le résultat d'actions immédiates.

Il est vraisemblable que, dans les cas où la fluxion sudorale est peu considérable, l'administration des oléo-résines détermine du côté des surfaces muqueuses des fluxions dont la quantité est en sens inverse. Ce fait pourrait peut-être nous rendre raison des heureux effets que produisent, soit le copahu, soit la térébenthine, dans certaines phlegmasies des membranes muqueuses, dans les urétrites, par exemple. Sans sortir des limites d'une analogie raisonnable, il nous semble permis de supposer qu'il se fait, dans ce cas, vers les membranes enflammées, une fluxion spéciale qui modifie la phlegmasie primitive, de telle façon que l'action des oléo-résines dans ces conditions se réduirait en quelque sorte à un effet substitutif. Cette hypothèse a d'autant plus de valeur qu'on ne saurait l'expliquer par un effet de révulsion, effet inconstant et toujours insuffisant, la puissante influence qu'exercent dans ces phlegmasies les oléo-résines. Elle repose d'ailleurs sur deux faits incontestables, à savoir : d'une part, l'augmentation de la sécrétion, ce qui implique l'exagération du travail fluxionnaire ; d'autre part, le contact immédiat de certains principes du médicament avec la membrane enflammée, contact que démontre l'odeur caractéristique de la sécrétion.

L'exanthème consécutif à l'administration des oléo-résines en général, et du copahu en particulier, a besoin d'être noté avec soin, parce qu'il a pu, et que peut-être il pourrait encore devenir, dans certains cas, la source d'erreurs dans le diagnostic. Les médecins qui croient à la spécificité de la blennorrhagie ont dû souvent attribuer une origine syphilitique aux éruptions variées qui se manifestaient dans le cours d'une blennorrhagie traitée par l'administration des oléo-résines. Une semblable erreur n'est pas grave seulement au point de vue scientifique, elle a encore une influence fâcheuse sur la thérapeutique, à laquelle elle donne une mauvaise direction. Il importe donc singulièrement d'être prévenu de ces effets si fréquents des oléo-résines, et surtout du copahu, sur le système cutané, et de distinguer à travers les

formes si diverses de ces éruptions la cause unique qui les engendre toutes.

Huile de foie de morue.— Nous avons eu de nombreuses occasions de voir administrer l'huile de foie de morue. C'est une médication qui trouve à chaque instant son opportunité, tant sont nombreux les faits de rachitisme dans l'enfance. Or, nous n'avons vu que dans des cas assez rares l'huile de foie de morue être prise pendant un certain temps sans qu'il se développât du côté de la peau quelque exanthème. De toutes ces irruptions en quelque sorte artificielles, aucune peut-être n'est plus uniforme que celle déterminée par l'huile de foie de morue. Dans tous les faits que nous avons observés, nous n'avons jamais constaté que des éruptions vésiculeuses, miliaires ou eczémateuses.

L'eczéma de l'huile de foie de morue est simple, occupe ordinairement toute la surface cutanée, se manifeste à partir du cinquième au sixième jour d'administration du remède, pour cesser pendant une grande partie de la durée de son emploi. Il arrive pourtant que, dans certain cas, l'eczéma se renouvelle pendant presque tout le temps que l'on continue l'usage de l'huile.

L'action du médicament sur la surface cutanée est singulièrement favorisée par une disposition pathologique propre aux sujets rachitiques. Dès son début, et surtout lorsqu'il a atteint un degré assez avancé, le rachitisme s'accompagne de sueurs extrêmement abondantes. Toutes les conditions se trouvent donc réunies pour qu'il se produise sous l'influence de l'huile de foie de morue des éruptions cutanées fort étendues.

Les deux faits que nous venons de signaler : d'une part, l'extrême abondance des sueurs dans le rachitisme ; d'autre part, la cessation graduelle de ces sueurs sous l'influence de l'huile de morue, pourraient peut-être expliquer le mode d'action de cet important médicament. Il est certain que, dans le rachitisme, la partie calcaire des os diminue considérablement, et quelquefois à ce point qu'elle s'annule complétement et qu'il ne reste plus que la partie organique. Il est également évident que des sueurs d'une aussi grande abondance entraînent une quantité exagérée de sels, dont la soustraction est un fait, anormal dans l'économie. Qu'arrive-t-il quand on administre l'huile de foie de morue? Que ces sueurs considérables se suppriment, et que bientôt les sels calcaires commencent à affluer dans les cellules osseuses. Ces deux phénomènes ne sont pas isolés : il nous semble qu'il y a entre eux une corrélation. Ne serait-ce pas la déperdition des sels calcaires opérée sous une influence inappréciable par l'intermédiaire de la sueur, qui produirait le rachitisme? L'huile de foie

de morue, en supprimant cette voie d'alimentation, qui n'est d'ailleurs peut-être pas la seule, restituerait aux os les éléments qui leur manquent.

Iodure de potassium. — Introduit depuis quelques années seulement dans la thérapeutique, l'iodure de potassium est aujourd'hui, en raison de sa puissance et de son action spéciale, un médicament dont l'emploi est des plus fréquents. Les éruptions qu'il détermine quelquefois sont peut-être moins uniformes que toutes celles qui précèdent. Tantôt, en effet, on observe des eczémas ; d'autres fois des affections pustuleuses, et parmi elles, comme forme la plus commune, l'acné. Il semble donc qu'il y ait là une certaine différence ; mais qu'on pousse plus loin l'examen, qu'on les étudie pendant toute la durée de leur développement, et ou constate que ces eczémas prennent bientôt le caractère impétigineux, c'est-à-dire aboutissent en définitive à une affection pustuleuse. La forme varie de l'eczéma impétigineux à l'impétigo et à l'acné ; mais au fond c'est toujours une éruption pustuleuse qui résulte, soit tout d'abord, soit en passant par d'autres degrés de l'absorption de l'iodure de potassium.

L'exanthème produit par l'iodure de potassium peut devenir, dans quelques cas, l'origine d'une erreur bien facile à commettre dans le diagnostic. Les éruptions syphilitiques n'ont pas toujours des caractères anatomiques tellement tranchés que leur simple inspection suffise pour juger avec certitude leur nature. Leur forme, leur teinte, leur mode de développement, n'ont souvent rien de spécial. Si l'on suppose que, pendant le traitement d'une syphilis constitutionnelle, des pustules reparaissent nombreuses, d'une teinte légèrement cuivrée, et particulièrement dans certains points, on sera facilement porté à chercher dans la diathèse syphilitique l'origine d'une semblable éruption, qui ne sera en réalité que le produit de la médication. L'erreur commise au début du traitement n'aurait sans doute aucune influence fâcheuse sur la thérapeutique. Faite plus tard, elle serait grave, en ce qu'elle prolongerait sans nécessité l'administration d'un remède qui n'est jamais pris impunément pendant longtemps en grande quantité.

Le rapprochement que nous avons établi entre les deux systèmes cutané et muqueux au point de vue spécial que nous traitons, se trouve justifié par l'action de l'iodure de potassium sur les membranes muqueuses. Il arrive, dans certain cas, qu'il ne se développe aucune éruption cutanée, mais bien une phlegmasie du côté de quelque surface muqueuse. Les plus fréquents de

tous ces accidents produits par l'iodure de potassium sont l'ophthalmie et surtout le coryza, affections essentiellement passagères si on suspend l'emploi du remède, tenaces au contraire, et ne cédant pas au traitement topique, si l'on continue l'usage de l'iodure.

Ce remarquable phénomène ne pourrait-il pas expliquer deux autres faits : d'une part, comment l'iodure de potassium peut donner, ainsi qu'on l'a constaté depuis quelque temps, d'aussi heureux résultats dans les ulcérations syphilitiques secondaires qui occupent les membranes muqueuses ; d'autre part, comment la cicatrisation de ces ulcères est précédée d'une irritation quelquefois considérable.

Les sécrétions sudorales que nous avons groupées sous le titre commun de sueurs médicamenteuses, ont, comme il est facile de le voir, dans leur action sur le système cutané, quelque chose de spécial suivant le médicament qu'on emploie. L'opium, par exemple, ne produit habituellement que des exanthèmes, et même avec la forme pseudo-morbilleuse; les solanées vireuses, des exanthèmes également, mais avec la forme pseudo-scarlatineuse ; les oléo-résines, encore des exanthèmes, mais indifféremment avec l'une ou l'autre des deux formes précédentes; l'huile de foie de morue amène des éruptions vésiculeuses ; l'iodure de potassium des éruptions essentiellement pustuleuses, avec des variétés dans la forme qui ne changent rien au fond même de l'éruption.

Ainsi tandis que les éruptions produites par la simple exagération dans la quantité de la sueur revêtaient indifféremment telle ou telle forme, celles qui résultent de l'introduction dans la sueur d'un principe nouveau sont véritablement spéciales, c'est-à-dire qu'à chacune des substances administrées correspond une forme particulière d'éruption. Nous avons déjà vu la conséquence qui découle nécessairement d'un semblable fait. Il établit formellement l'origine sudorale de ces exanthèmes.

Il est d'autres éruptions qu'on doit rapporter à la même cause, et qui cependant, sortant de la règle générale que nous venons d'établir, présentent dans leur forme les plus grandes variétés. Nous voulons parler des exanthèmes si intéressants et si communs qui succèdent à l'emploi des *eaux minérales*.

Lorsqu'on a fait, pendant un certain temps, usage d'eaux minérales, il se développe sur une plus grande étendue, et quelquefois sur la totalité de la surface cutanée, des éruptions les plus différentes dans leur forme. C'est surtout à la suite de l'administration intérieure des eaux salines muriatiques, comme

celles de Wiesbaden ou de Hombourg, et mieux encore des eaux sulfureuses comme celles d'Enghien, que se manifestent les exanthèmes dont nous parlons. Ils constituent ce qu'on appelle généralement la *poussée des eaux minérales*.

Tantôt, consistant dans de simples érythèmes rapidement suivis d'une légère desquammation furfuracée, ils revêtent d'autres fois la forme vésiculeuse (eczéma, miliaire), pustuleuse (acné, impétigo), papuleuse (lichen), et, dans certains cas, se rapprochent des bulles du pemphigus. Nous ne pouvons en donner ici une description même générale. Nous voulons seulement indiquer le phénomène, et constater qu'il se rencontre fréquemment après un usage régulier des eaux que nous avons signalées. Il a d'ailleurs pour un grand nombre des praticiens une telle importance, que l'intensité et l'étendue de la poussée servent de mesure à la puissance et à la valeur de l'eau minérale.

Le mode de production de ces exanthèmes se révèle et s'explique par un fait analogue à d'autres que nous avons déjà mentionnés. L'usage de bains prolongés dans des eaux salines muriatiques, ou mieux encore sulfureuses, amène du côté de la peau le développement d'éruptions identiques, quant à leur forme et leur marche, à celles que détermine l'administration intérieure des mêmes eaux. Des érythèmes, des eczémas, des affections papuleuses et pustuleuses de toute sorte, naissent sous la seule influence de ces bains. Pour certaines eaux même, celles de Louesche, par exemple, le phénomène est tellement constant, qu'il dirige le médecin dans l'emploi des bains, la poussée indiquant le moment auquel il convient de s'arrêter.

Il y a donc véritablement identité parfaite entre l'action évidemment topique que les bains exercent sur la peau, et l'action moins visiblement directe des mêmes substances prises à l'intérieur, toutes deux réalisant le même phénomène, le développement d'exanthèmes. L'une explique l'autre, ou, pour mieux dire, c'est toujours le même fait, à savoir : l'action immédiate sur le système cutané de la substance médicamenteuse.

L'influence de certaines eaux minérales, et en particulier des eaux sulfureuses, ne se borne pas seulement au système cutané. Elle se fait sentir, dans certains cas, jusque sur les membranes muqueuses. Le mode d'action est encore identiquement le même, et il pourrait nous expliquer les puissants effets qu'on obtient assez souvent de l'administration des eaux sulfureuses dans le traitement des affections catarrhales chroniques qui occupent la membrane muqueuse, soit des bronches, soit même de la vessie. Qu'il y ait dans ces cas une excitation générale de toute l'éco-

nomie, il est loin de notre pensée de le nier, mais il y a peut-être aussi une action directe et en quelque sorte topique, les membranes muqueuses servant alors de voies d'élimination aux produits absorbés, mais non assimilables, contenus dans les eaux minérales.

La variété des exanthèmes dont nous parlons est jusqu'à présent inexplicable, la même source semblant produire suivant les sujets, et jusque chez le même sujet, les éruptions les plus différentes. Il serait pourtant intéressant de rechercher si les diverses formes d'éruption ne sont point en rapport avec la composition des eaux qui les font naître, en sorte qu'à l'usage de telle source corresponde telle forme d'exanthème. Il serait important de voir, par exemple, si les eaux sulfureuses comme Louesche ou Enghien n'amènent pas telle ou telle forme générale d'éruption de préférence à toute autre, s'il n'en est pas de même pour les eaux salines muriatiques de Wiesbaden et Hombourg ; en un mot, si les diverses espèces d'eaux minérales n'ont pas chacune leur exanthème particulier. Un semblable travail aurait une grande valeur dans l'étude de ces puissants agents thérapeutiques.

3° *Sueurs altérées par l'usage de certains aliments.* — Il serait difficile d'indiquer d'une manière générale les lois du développement des éruptions qui succèdent chez certains sujets à l'ingestion de substances alimentaires particulières. Si quelque part les dispositions individuelles ont une influence incontestable, c'est surtout à l'égard des affections qui nous occupent en ce moment.

Les aliments qui peuvent devenir la source d'éruptions cutanées sont en grand nombre. Il y a telle substance qui, chez certains sujets, produit des exanthèmes très-étendus, alors que chez la plupart elle passe sans laisser la moindre trace. Il nous serait à vrai dire impossible d'indiquer, même sommairement, ces substances si diverses, et les éruptions qu'elles peuvent faire naître. Nous devons nous borner à celles qui se présentent le plus communément. Pour les autres, la disposition individuelle occupe une si large part dans leur pathogénie, et la sécrétion sudorale y exerce une influence si limitée, qu'elles sortent, à proprement parler, du cadre de notre travail.

C'est surtout à la suite de l'ingestion d'une quantité quelquefois peu considérable de moules ou de viande de porc, que se développent des éruptions cutanées. Circonstance bien étrange! la forme que revêtent ces exanthèmes, dus à deux causes si différentes, est identique. Ils consistent en général l'un et l'autre dans des urticaires simples. Il n'est pas rare de voir certains sujets

supporter très-bien les moules, tandis que l'ingestion d'une très-petite quantité d'écrevisses ou de homard produit une urticaire. Il y a plus : à des époques différentes, ces substances sont, chez le même sujet, diversement tolérées ; nulle part l'influence individuelle n'est aussi tranchée.

Que se passe-t-il dans ce singulier phénomène ? Faut-il l'attribuer à une simple exagération dans l'activité de la peau ? faut-il y voir une modification intime dans la nature même de la sueur, l'addition de quelque principe nouveau qui lui communique des propriétés irritantes ? La question ne peut être résolue directement. Mais si l'on considère que, d'une part, le même phénomène ne se produit pas dans les conditions simples où les fonctions de la peau s'exercent avec une activité insolite ; que, d'autre part, l'urticaire se manifeste alors que le mouvement fluxionnaire du côté de la peau n'est pas très-considérable ; on est amené à cette conclusion, que vraisemblablement la sécrétion sudorale est modifiée dans sa nature même.

Toutes les affections cutanées si diverses dont on a cherché l'origine dans l'usage de certaines substances alimentaires, n'ont peut-être pas un autre mode de production. Voilà aussi comment l'alimentation, qui de prime abord semble si indifférente dans le traitement des maladies cutanées, doit quelquefois être prise en sérieuse considération dans leur thérapeutique.

L'étude de la sécrétion sudorale, dans ses rapports avec un grand nombre d'affections cutanées, offre donc un véritable intérêt. Elle explique d'abord certaines maladies à forme et à marche spéciales qui se manifestent au milieu de la plus florissante santé. Elle montre la pathogénie des éruptions si variées qui se développent dans des conditions bien différentes, dans le cours de certaines maladies, soit aiguës, soit chroniques, à la suite de l'administration de certains médicaments, de l'ingestion de certains aliments. Elle jette un grand jour sur l'origine de phlegmasies à forme et à marche également spéciales, qui envahissent les membranes muqueuses, et enfin sur le mode d'action de certains médicaments.

Nous n'avons voulu qu'appeler l'attention sur cette partie si intéressante et encore peu étudiée de la pathologie, et indiquer d'une manière générale la marche à suivre dans les recherches dont elle mérite de devenir l'objet. Chacune des diverses éruptions que nous avons signalées exigerait une description à part. L'exanthème vaccinal, par exemple, la roséole déterminée par le copahu, pourraient fournir matière à des considérations à la fois neuves et véritablement importantes, non-seulement pour

l'histoire des maladies de la peau, mais encore pour la pathologie générale.

Notre travail a été et devait être beaucoup plus restreint. Dans la première partie, nous avons eu surtout en vue la description des éruptions; dans la seconde, la sécrétion sudorale nous a principalement occupé. Le tableau qui suit permet d'embrasser d'un seul coup d'œil le plan que nous avons suivi dans cette dernière étude.

I.—*Sueurs normales exagérées.*

Elles peuvent produire toutes les formes d'éruptions indiquées dans le premier tableau.

II.—*Sueurs de composition anormale, avec ou sans exagération de la sécrétion.*

1° Dans le cours de certaines maladies.	Infection purulente. .	Eruptions érythématheuses. — vésiculeuses. — pustuleuses. — squameuses.
	Diathèse suppurative. .	Eruptions pustuleuses. — vésiculeuses.
	Exanthème vaccinal. .	Formes variées.
	Eruption variolique secondaire.	Eruptions pustuleuses.
	Exanthème puerpéral.	— exanthématiques.
	Fièvre typhoïde. . .	— miliaires.
	Suette miliaire. . . .	— vésiculeuses.
2° A la suite de l'administration de certains médicaments. . . .	Préparations opiacées.	Exanthèmes pseudo-morbilleux.
	Solanées vireuses. . .	— pseudo-scarlatineux.
	Oléo-résines. . . .	Exanthèmes pseudo-morbilleux. — pseudo-scarlatineux.
	Huile de foie de morue.	Eruptions vésiculeuses.
	Iodure de potassium. .	— pustuleuses.
	Eaux minérales. . .	Formes très-variées.
3° A la suite de l'ingestion de certains aliments. .	Moules.	Urticaires.
	Viande de porc, etc., etc.	

---

2. *Recherches cliniques sur les causes organiques et le mécanisme de production des affections appelées hystériques;* par Ch. Schutzenberger, professeur de clinique interne à la Faculté de Strasbourg.

(Suite : *voir* t. VI, juin 1846, p. 27; t. VII, juillet, p. 37; t. XI, novembre, p. 20.)

(Gazette médicale de Paris, N° 40; 1846.)

Le fait du point de départ ovarique de certaines perturbations nerveuses plus ou moins généralisées et variables de forme, acquis et démontré par l'observation clinique, peut-il et doit-il être immédiatement converti en *principe théorique général?* Autorise-t-il à proclamer (comme on l'a fait pour l'utérus avec beaucoup

moins de preuves expérimentales) que tout ce qui, dans l'état actuel de la science, porte le nom d'hystérie, dépend de l'excitation des nerfs ovariques ?

Les vérités expérimentales ont leurs dangers, comme les inductions purement théoriques. Ce danger, d'autant plus grand que les faits inspirent plus de confiance, consiste dans la *généralisation abusive* et souvent prématurée du principe d'interprétation qu'ils représentent. Les enseignements de l'histoire de la science doivent nous rendre extrêmement circonspect à cet égard. L'ovaire représente positivement, dans certains cas, le point de départ de la perturbation fonctionnelle qui porte le nom d'hystérie ; mais l'est-il partout toujours ? Le *spasme hystériforme* ne peut-il pas avoir quelquefois son point de départ ailleurs ? Telle est la première question que nous avons dû nous poser en face des résultats acquis, et que nous avons dû chercher à résoudre expérimentalement, soit par nos propres recherches, soit par celles d'autrui, avant de conclure d'une manière générale.

Eh bien ! quoiqu'il reste incontestablement beaucoup à faire à cet égard, nous croyons avoir assez d'éléments de conviction pour éviter les dangers d'une idée exclusive et nécessairement trop étroite pour s'appliquer à toutes les données de l'observation clinique.

Il est un premier fait qui depuis longtemps a préoccupé tous ceux qui ont étudié l'hystérie d'une manière plus spéciale ; c'est le fait d'observation, assez rare, mais incontestable, d'accès convulsifs chez les hommes, symptomatiquement analogues aux attaques hystériques des femmes. Hoffmann rapporte un exemple remarquable de ce genre ; le voici d'après Louyer-Villermay.

Obs. IV. — Un jeune homme, âgé de 16 ans, d'une taille élevée et d'une forte constitution, doué d'un embonpoint et d'un tempérament sanguin très-prononcés, avec exubérance des forces vitales, se plaignait depuis peu de douleur vive de l'anneau inguinal, qui livre passage aux vaisseaux spermatiques ; de plus, il éprouvait, contre son gré, de violentes érections et était obsédé par des désirs lascifs. Bientôt fièvre légère, revenant chaque jour et se dissipant après quelques semaines ; la douleur de l'aine reparaît aussitôt la fièvre finie. D'autres accidents semblables à ceux de l'hystérie se manifestent ; spasmes horribles, s'étendant de la région du pubis au dos, à la région précordiale, au cœur, au larynx et même au cerveau, avec palpitations du cœur, étranglement de la gorge, gêne de la respiration, syncope, assoupissement, mouvements convulsifs des articulations. Ce paroxysme se reproduisait presque tous les mois. Du reste, l'appétit était

bon et il existait une constipation rebelle aux purgatifs les plus forts: le pouls ordinairement vif et fort étroit pendant l'accès, très-inégal et déprimé.

Après divers traitements antispasmodiques et antiépileptiques qui furent infructueux, Hoffmann conseille une saignée de 6 onces presque tous les mois, des poudres de nitrate de potasse, un régime doux. Bientôt le malade fut entièrement guéri.

Que faire des faits de ce genre? Faut-il les assimiler à l'hystérie comme l'a fait Hoffmann? faut-il opposer, avec Louyer-Villermay et M. Dubois, une fin de non-recevoir, et nier l'analogie qui, cependant, ne saurait être méconnue?

Si la dénomination d'hystérie devait être exclusivement réservée aux excitations utérines ou plutôt ovariques propagées, certes alors les hommes ne pourraient pas être atteints de cette affection, car ils n'ont ni utérus ni ovaires; mais ce n'est pas agir scientifiquement que de procéder ainsi. En effet, entre le fait rapporté par Hoffmann et l'excitation ovarique propagée, où est la différence? Est-elle dans la forme phénoménale? Non, puisque l'analogie est évidente. Est-elle dans l'essence de la maladie et dans le mode de production des attaques? Encore non; car il est évident, pour quiconque médite les détails de l'observation, que la perturbation fonctionnelle était la même que celle observée chez les hystériques, et qu'elle était de plus produite par l'excitation nerveuse des organes de la génération, absolument comme les attaques hystériques chez les femmes dont nous avons relaté les observations le furent par l'excitation de l'ovaire. La différence est donc uniquement dans le point de départ de la perturbation fonctionnelle, différence qui ne saurait détruire l'analogie, et, scientifiquement, autorisait suffisamment Hoffmann à rapprocher ce fait de l'hystérie. Qu'on ne dise pas que les faits de ce genre sont trop rares pour que l'on doive en tirer grand compte; car un fait a toujours sa valeur propre, indépendante, de sa plus ou moins grande fréquence. Ce que nous accordons plus volontiers, c'est que l'observation de ces cas a été généralement trop superficielle; mais certes l'assimilation scientifique de ces faits à l'hystérie est loin d'être une question à éluder par une fin de non-recevoir. Nous n'en voulons pour preuve que la divergence même des opinions à cet égard: c'est ainsi que Georget, Romberg, Gonolly, Watron, admettent chez l'homme une affection nerveuse analogue à l'hystérie; Trotter dit avoir vu des matelots atteints d'hystérie caractérisée par la sensation de boule, les rires, les pleurs sans motifs, et par les convulsions. Je me rappelle moi-même les détails suivants, malheureusement in-

suffisants, sur un cas analogue qui m'a vivement frappé à l'époque où j'eus l'occasion de l'observer.

Obs. V. — Un jeune homme de 22 ans, d'une constitution grêle, d'un tempérament nerveux très-prononcé, excessivement excitable et mobile, ayant déjà beaucoup vécu, se fiança. Sous l'influence d'un état à peu près permanent d'exaltation morale et d'excitation physique, il fut atteint d'attaques convulsives très-fréquentes, absolument sans perte de connaissance, analogues dans leur forme aux attaques hystériques, et laissant entre elles des intervalles parfaitement libres. Ces attaques disparurent à la suite du mariage et ne se sont plus reproduites dans la suite.

Je n'ai plus assez présentes à l'esprit les sensations qui précédaient les phénomènes convulsifs pour affirmer l'existence de douleurs testiculaires ; mais chacun sait que, sous l'influence des causes auxquelles ce jeune homme était exposé, la sensibilité des organes spermatiques augmente, et cela souvent au point de se transformer en véritable douleur.

Quoi qu'il en soit, si l'on ne veut pas admettre comme prouvé le fait d'attaques convulsives hystériformes produites chez l'homme par l'excitation des organes spermatiques, on accordera du moins que la question mérite d'être examinée de nouveau, et que les recherches éloignées devront surtout avoir en vue de déterminer *expérimentalement* le point de départ des attaques comme nous l'avons fait pour l'ovaire chez les femmes.

Poursuivons. Chez les femmes elles-mêmes, les accidents spasmodiques, considérés généralement comme pathognomoniques de l'hystérie, peuvent se développer sous l'influence de causes excitantes siégeant ailleurs que dans les ovaires. Voici un fait assez remarquable qui le prouve.

Obs. VI. — Une fille âgée de 29 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, entra à la Clinique médicale le 23 janvier 1845 ; elle était atteinte depuis trois semaines d'une affection inflammatoire, occupant très-probablement le tissu cellulaire rétro-péritonéal du flanc droit. En effet, dès son entrée, on avait constaté les phénomènes suivants : décubitus dorsal ; pouls fréquent et fort ; peau chaude ; soif ; langue large et humide ; abdomen indolent partout, à l'exception du flanc droit. Cette région, jusqu'à la partie supérieure de la fosse iliaque, est excessivement sensible à la pression ; à la percussion elle donne un son mat qui ne se continue pas avec la matité hépatique, et cesse à la partie supérieure de la fosse iliaque. La palpation distingue une tuméfaction diffuse et profonde, une réaction anormale, limitée au flanc et s'étendant en dedans vers

la région ombilicale. Douleurs spontanées très-vives par intervalles, augmentant par la respiration, la toux et tous les efforts; de plus, douleurs dans la cuisse droite, impossibilité de la fléchir vers le bassin. Les muscles antérieurs sont paralysés; insensibilité tactile complète de la peau de la face antérieure de la cuisse, et cependant la malade y ressent des élancements douloureux.

Un traitement antiphlogistique très-actif, des sangsues en grand nombre, des frictions mercurielles poussées jusqu'à la salivation, des cataplasmes émollients, diminuent peu à peu la douleur et le gonflement. La sensibilité et la motilité de la cuisse reparaissent, mais la tuméfaction diffuse et profonde persiste toujours; souvent la malade éprouvait des frissons irréguliers, de légers mouvements fébriles, qui nous faisaient craindre l'existence d'une suppuration profonde. C'est pendant cette période de l'affection que l'exploration locale nous révèle l'enchaînement phénoménal suivant. En comprimant la profondeur du flanc droit dans la direction de la tuméfaction diffuse, on fait naître une douleur assez vive, constamment suivie d'une sensation de constriction analogue à une boule remontant le long du col, et produisant des phénomènes de strangulation tout à fait analogues à ceux du spasme dit hystérique.

En continuant la pression, roidissement et tremblements légers des membres; mais jamais nous n'avons pu nous résoudre à prolonger l'expérience assez longtemps pour faire naître des convulsions généralisées chez une malade déjà affaiblie par de longues souffrances ; tout semblait faire croire cependant qu'elles se seraient développées sous l'influence d'une excitation locale plus forte et plus prolongée. Les mêmes accidents se manifestaient, mais moins intenses, quand la malade se courbait un peu fortement en avant, et c'est précisément le développement spontané et fatigant de ces phénomènes dans ces circonstances qui nous conduisit à la tentative de les faire naître artificiellement. La région inférieure du ventre, et notamment les régions ovariques, étaient parfaitement indolentes, et jamais leur compression n'avait déterminé ni douleur ni spasme.

Peu à peu la sensibilité diminuant, les spasmes ne purent plus être provoqués. La malade resta dans nos salles pendant près de six mois, et sortit conservant encore un peu d'empâtement dans le flanc droit, mais du reste bien portante.

Dans le cas que nous venons de résumer, les accidents nerveux étaient un simple épiphénomène, un accident symptomatique, si l'on veut, d'une affection inflammatoire profonde du flanc droit; mais ce fait n'en est pas moins important, car il

prouve que des phlegmasies du bas-ventre, n'ayant rien de commun avec la sphère génitale, peuvent donner lieu à des perturbations nerveuses analogues à celles que l'on considère comme pathognomoniques de l'hystérie. Dans ce cas, la cause organique première est tout à fait différente de ce qu'on observe le plus souvent, et dans le cas spécial que nous avons rapporté, le point de départ aussi est différent. Et cependant il y a aussi des analogies qu'il ne faut pas méconnaître : analogie non-seulement de forme dans la perturbation fonctionnelle nerveuse, mais dans le mécanisme de production du trouble nerveux. Dans les cas précédemment rapportés, c'est une excitation des ovaires, ou mieux des nerfs ovariques, qui se propage et produit réflectivement les accidents éloignés. Ici c'est une impression anormale, une excitation exercée sur les nerfs lombaires par une phlegmasie des tissus environnants, qui produit les spasmes du col par réflexion sympathique.

Quoique la matrice représente incontestablement bien moins souvent le point de départ de la perturbation fonctionnelle hystérique qu'on ne l'a dit et cru pendant longtemps, nous ne nions cependant pas, *à priori*, que des affections de cet organe ne puissent jouer le rôle de causes excitantes. Dans son compte rendu clinique, M. le professeur Romberg (de Berlin) a publié une observation qui semble démontrer l'existence d'un rapport de causalité intime entre une antéversion utérine et des accidents nerveux convulsifs. Tout le monde connaît le rôle que l'on a voulu faire jouer à la métrite chronique. Ces faits sont à reviser ; car rien ne prouve que, dans les cas sur lesquels on s'appuie , l'ovaire n'ait pas été malade, personne n'ayant songé à examiner attentivement cet organe. Il ne suffit pas, chez une hystérique, de trouver la matrice inclinée, le col volumineux ou ulcéré, pour déclarer que c'est là la cause excitante de la perturbation nerveuse ; il faut prouver, sinon directement, du moins par exclusion, qu'il n'existe pas d'autre point de départ. Il y a certainement beaucoup à faire pour arriver à des notions positives sur le rôle que les affections de la matrice même peuvent jouer dans la production des accidents nerveux hystériques.

Dans les cas que nous avons rapportés jusqu'à présent, l'élément partiel de la maladie, la seule cause *appréciable* et *démontrable* de la perturbation fonctionnelle nerveuse, se résume en une excitation nerveuse locale qui se propage et sans laquelle le trouble plus généralisé de l'innervation n'aurait pas de raison d'être.

Le siége de cette excitation initiale peut être *variable* ; et cette

première différence doit faire établir une première distinction entre les états morbides englobés symptomatiquement, ou d'après une idée étiologique préconçue, sous le nom d'hystérie.

L'excitation ovarique propagée représente la plus fréquente des affections de cette catégorie et constitue un état pathologique *distinct*, reconnaissable au lit des malades par le procédé d'exploration que nous avons indiqué. On peut conserver à cette maladie le nom d'hystérie, ou lui appliquer toute autre dénomination qui spécifie mieux l'état morbide, peu nous importe. Les pathologistes qui s'occupent de nomenclature ne seront pas embarrassés de créer un mot qui réponde à l'idée scientifique. L'essentiel pour le moment, c'est que l'idée, expérimentalement démontrée, soit admise.

La *cause éloignée* de l'excitation ovarique peut être elle-même variable. L'inflammation de l'ovaire est l'une de ces causes, comme le prouve notre première observation, comme le prouve encore un fait récemment publié par la *Gazette Médicale*, dans une revue clinique. L'inflammation produit nécessairement un changement dans l'état d'excitation des nerfs de l'organe enflammé, changement révélé par la douleur ; mais l'excitation locale inflammatoire ne résulte pas nécessairement des troubles nerveux plus éloignés. Et de même que le pneumonie peut exister sans toux, la gastrite sans vomissement, de même aussi, et plus souvent encore, l'ovarite peut exister sans produire de spasmes hystériformes. Il en est de même de la congestion ovarique. Enfin, dans certains cas, peut-être les plus nombreux, l'excitation nerveuse locale existe sans autre cause *éloignée* appréciable, et se manifeste sous forme de sensibilité exaltée ; dans ces cas, tout nous autorise à nous servir de la dénomination d'*ovaralgie* pour exprimer l'idée de l'excitation douloureuse des nerfs ovariques.

On doit distinguer de l'excitation ovarique propagée les troubles fonctionnels de l'innervation, symptomatiquement analogues, qui se développent sous l'influence d'autres excitations locales ; une *investigation attentive* permettra de déterminer, beaucoup plus souvent qu'on ne le pense généralement, le point de départ des accidents. Il en est des réactions convulsives des centres nerveux comme de la réaction fébrile, et, de même que les progrès de la pyrétologie ont consisté, non pas à multiplier les espèces symptomatiques déjà trop nombreuses, mais à déterminer le point de départ de l'excitation fébrile, de même le premier progrès à réaliser dans la pathologie de l'hystérie consiste à déterminer le point de départ des troubles de l'innervation motrice.

Notre but ici n'est que de réunir les premiers éléments positifs de ce travail d'avenir et de montrer la direction à suivre. Tout ce que nous voulons faire accepter, non plus comme une théorie, mais comme un fait expérimental, c'est que le spasme dit hystérique peut avoir un point de départ tout local, que le plus souvent ce point de départ est l'ovaire, mais qu'en fait d'autres excitations nerveuses locales peuvent produire des accidents analogues (1), qu'enfin le *mode de production* des accidents nerveux, tel que nous l'avons conçu et expérimentalement démontré pour certains cas, n'a rien d'étrange, qu'il est au contraire l'expression d'une loi générale de dynamique nerveuse, loi que Marshall Hall et Müller ont érigée en principe d'interprétation d'une foule de faits physiologiques et pathologiques.

---

3. *Mémoire sur quelques cas de morts subites ou très-promptes, dépendant probablement de maladies du cœur ou des gros vaisseaux;* par le docteur H.-C. Lombard.

(Gazette médicale de Paris, N° 47, 1846.)

Il n'y a pas bien longtemps que tous les cas de morts subites étaient considérés comme des apoplexies, et par conséquent rapportés à une affection cérébrale. Maintenant, à la suite de recherches anatomiques plus complètes, l'on est généralement d'accord à considérer la majeure partie des morts subites ou très-promptes comme dépendant d'une maladie du cœur ou des gros vaisseaux. En effet, si l'on excepte quelques cas d'hémorrhagie du pont de Varole et de la moelle allongée, il est infiniment rare que la mort soit instantanée dans l'apoplexie cérébrale, et presque toujours les malades survivent quelques heures à la rupture de la substance cérébrale et à la compression du cerveau par le sang épanché dans ses cavités ou dans sa substance. Il faut donc recevoir avec défiance plusieurs des cas désignés sous le nom d'*apoplexie foudroyante*, lorsque la mort est survenue très-promptement et que la nature de la lésion n'a pas été vérifiée par l'autopsie.

Il n'en est pas de même de la mort produite par un état morbide du cœur et des gros vaisseaux ; en effet, l'expérience et la théorie se réunissent pour montrer que ces cas se rencontrent fréquemment et peuvent être facilement expliqués physiologiquement.

Un vieux praticien, qui a exercé la médecine à Genève avec une rare distinction pendant plus d'un demi-siècle, M. le docteur

(1) Tout récemment encore j'ai observé une névralgie de la cinquième paire accompagnée de convulsions avec perte de connaissance.

Butini, me disait, l'occasion d'une mort subite survenue chez un malade atteint de maladie du cœur : « Ne vous étonnez pas de « cette brusque terminaison : plus du tiers des malades de ce « genre succombent ainsi, les uns en se tournant dans leur lit, « d'autres (et c'est le cas le plus fréquent) en se levant pour aller « à la selle ; en sorte que l'on peut considérer la mort subite « comme une des conséquences ordinaires des maladies du cœur « et de l'hydrothorax. »

J'ai eu de fréquentes occasions de vérifier l'exactitude de ces paroles qui me furent dites au commencement de ma carrière médicale, et maintenant, après dix-sept ans de pratique, je viens ajouter le résultat de mon expérience à celle du médecin distingué dont je parlais tout à l'heure.

En effet, soit dans le service d'hôpital qui m'est confié, soit dans ma pratique particulière, j'ai eu de fréquentes accasions de rencontrer ces brusques terminaisons des maladies du cœur, j'ai vu les malades mourir subitement à toutes les périodes de cette affection morbide ; tantôt lorsque les désordres organiques étaient assez peu prononcés pour permettre au malade de continuer ses occupations ; tantôt lorsque des désordres considérables et des complications d'hydropisie avaient dès longtemps retenu les malades au lit, ou tout au moins dans la chambre. Et s'il fallait établir une proportion entre la fréquence des morts subites chez ceux qui paraissaient n'être que légèrement atteints et chez ceux qui l'étaient très-gravement, ce serait plutôt en faveur des premiers que nous serions appelés à nous prononcer ; ou, en d'autres termes : moins la maladie organique est avancée et plus fréquentes sont les morts subites. Tel est, du moins, le résultat de mon expérience personnelle.

La théorie rend facilement compte des morts subites chez les personnes atteintes de maladie du cœur. En effet, quand l'organe central de la circulation est à l'état normal, la cessation momentanée de ses fonctions est rarement suivie de conséquences fâcheuses ; tandis que, lorsque ses cavités ou ses orifices sont malades, la suspension, quelque courte qu'elle soit, peut avoir les conséquences les plus graves. Une comparaison fera mieux comprendre ces effets d'une suspension momentanée des battements du cœur. Voyez ces deux charrettes pesamment chargées ; elles paraissent rouler avec la même facilité si leur mouvement ne rencontre aucun obstacle ; mais que les chevaux s'arrêtent un seul instant, et vous verrez alors la différence : l'une manque d'huile autour de l'essieu qui présente quelque irrégularité dans sa surface ; chez l'autre, au contraire, l'essieu tourne aisément sans

bruit et sans frottement. Surviennent alors les efforts des chevaux pour mettre les roues en mouvement, et tandis que la charrette dont l'essieu glisse aisément sera entraînée avec la plus grande facilité, l'autre résistera obstinément à tous les efforts des chevaux les plus vigoureux ; les deux surfaces qui devraient glisser l'une sur l'autre restent immobiles, et les chevaux s'épuisent inutilement pour rétablir le mouvement rotatoire. Quelque triviale que puisse paraître cette comparaison, elle peut assez bien rendre compte de ce qui se passe dans le cœur malade qui a jusqu'à présent fonctionné sans trop de difficultés; mais qu'il survienne une syncope, alors tous les efforts des nerfs cardiaques sur des muscles affaiblis ou gênés par des obstacles à leurs orifices, tous ces efforts restent impuissants, et la syncope, qui eût promptement cessé avec un cœur sain, devient définitive, et par conséquent mortelle pour un cœur malade.

Quoi qu'il en soit de leur explication, étudions maintenant les faits, et nous verrons qu'ils doivent être divisés en deux classes bien tranchées; les uns se rapportent à la syncope simple et par conséquent à la mort subite, les autres à un trouble considérable dans la circulation qui n'entraîne pas la mort d'une manière instantanée, mais amène un tel désordre dans les fonctions vitales qu'elles doivent cesser dans l'espace de quelques minutes.

A la syncope mortelle se rapportent ces cas de mort subite chez les personnes atteintes de maladie du cœur et qui succombent en se tournant dans leur lit, ou, comme c'est le cas le plus fréquent, en se levant pour aller à la selle. Il est alors facile de se rendre compte de la mort par la gravité des lésions organiques et par l'affaiblissement de toute l'économie, en sorte que cette syncope mortelle ne peut étonner personne. Mais si c'est au milieu de la vie active que des personnes, en apparence bien portantes, sont ainsi brusquement emportées; alors on a tout lieu de se demander quelle peut être la cause d'une mort aussi prompte. Citons d'abord un exemple qui pourra servir de base à nos raisonnements sur ce sujet.

Ancien rhumatisme articulaire : palpitation fréquente; hémoptysie ; mort subite par syncope.

Obs. I. — M. X...., âgé de 68 ans, d'une forte constitution, ayant beaucoup d'embonpoint et un teint très-coloré, a eu plusieurs attaques de rhumatisme goutteux qui ont déformé les articulations et rendu la marche très-difficile, a fréquemment des palpitations, surtout lorsqu'il monte un escalier, a souvent de l'enrouement et expectore quelquefois des filets de sang, princi-

palement après quelque fatigue, s'enrhume très-facilement.

M. X... avait vécu comme à son ordinaire pendant les semaines qui ont précédé sa mort; il sortait tous les jours, mangeait de bon appétit et n'accusait aucun malaise.

Le....., il s'était levé, avait déjeûné avec sa famille, et paraissait être aussi bien portant que les jours précédents, lorsqu'au milieu d'une conversation à laquelle il avait pris part, il baisse la tête, pâlit et expire instantanément, sans pousser un cri, sans faire un seul mouvement. Son visage est pâle, et ses traits ne présentent aucune expression de souffrance. J'étais alors dans une maison voisine, et pus m'y rendre immédiatement quelques minutes après l'accident. Je trouvai M. X... couché sur son lit, et dans l'état que je viens de décrire. Le visage était calme et sans déviation; il n'y avait pas d'écume à la bouche, et il n'en est pas venu plus tard. Tous les moyens excitants propres à rappeler la vie furent inutilement mis en pratique.

Cette observation nous offre l'exemple le plus frappant d'une syncope mortelle survenue spontanément chez une personne en apparence bien portante et qui n'avait présenté aucun symptôme morbide pendant les jours qui ont précédé la mort. La pâleur du visage, l'absence de toute souffrance et la rapidité de la mort peuvent être considérées comme caractéristiques de la suspension brusque et définitive des mouvements du cœur. La cause prochaine de la syncope échappe à nos investigations; le malade étant assis et venant de prendre son repas, il n'y avait aucune circonstance apparente qui pût expliquer pourquoi la mort survint, chez M. X..., à ce moment-là plutôt qu'à tout autre. Quant aux causes prédisposantes, elles sont plus faciles à reconnaître; en effet, le sujet de cette observation avait eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire. Il avait des palpitations fréquentes, et expectorait souvent une écume sanguinolente; et quoique l'auscultation ne m'eût jamais révélé aucun bruit anormal dans les battements du cœur, il est infiniment probable que cet organe n'était point dans l'état normal, en sorte que nous croyons être autorisé à considérer cette observation comme un exemple frappant d'une syncope mortelle produite par un état morbide du cœur et des gros vaisseaux. Malheureusement, l'autopsie n'ayant point été faite, nous en sommes réduit à des conjectures plus ou moins vraisemblables.

Outre la *mort par syncope*, dont nous venons de rapporter un exemple frappant, les maladies du cœur et des gros vaisseaux entraînent aussi fréquemment un autre genre de mort, que j'appellerai *mort par spasme suffocant*, pour la désigner par son caractère

prédominant. Nous allons en rapporter trois cas qui feront connaître la manière dont la mort survient quelquefois au milieu d'un état de santé satisfaisant en apparence, mais chez des personnes atteintes de lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux.

Rhumatisme vague souvent fixé sur la région précordiale; palpitations; catarrhe de vessie; mort prompte par spasme suffocant.

Obs. II. — Madame veuve X..., âgée de 72 ans, avait toujours joui d'une bonne santé, qui n'était dérangée que par des palpitations et des douleurs spasmodiques qui occupaient la région du cœur. Elle avait eu à diverses reprises des douleurs articulaires qui semblaient avoir diminué depuis l'apparition de la douleur précordiale dont nous venons de parler; elle se plaignait souvent d'avoir le sang à la tête, et quoique son teint fût fort pâle, elle était soulagée par quelques applications de sangsues. Madame X... était habituellement très-fatiguée après le repas, et elle éprouvait le besoin d'un repos un peu prolongé. Du reste, sa santé était assez bonne; elle était remarquablement forte et active pour son âge, et avait l'habitude de faire de longues courses à pied, soit dans la plaine, soit à la montagne. Néanmoins elle s'était abstenue de ce dernier genre d'exercice depuis qu'un médecin des environs avait constaté des bruits anormaux à l'auscultation, et lui avait déclaré qu'étant atteinte d'une maladie organique du cœur, elle devait renoncer aux courses de montagnes et user de la course avec modération. Le pouls était petit, irrégulier, et présentait de fréquentes intermittences qui correspondaient aux palpitations qu'éprouvait fréquemment madame X....

Après deux mois d'un état de santé remarquablement bon, madame X... se plaignit, le matin du 24 février 1845, d'avoir eu pendant la nuit des palpitations qui reparurent à diverses reprises dans le courant de la journée et s'accompagnèrent de quelques nausées. Cependant elle continua à agir dans sa maison, et ne paraissait pas gravement atteinte; elle consentit néanmoins, sur la demande de ses proches, à écrire à son médecin qu'elle désirait le voir. A quatre heures de l'après-midi, madame X... ressentit une nouvelle palpitation accompagnée de nausées et de vomissements, et se plaignit d'une douleur à la région précordiale. Quelques moments après, la douleur reparaît avec force; madame X... appelle sa domestique, et à l'arrivée de celle-ci, elle perd connaissance, pâlit et expire sans faire un seul mouvement.

Quoique l'autopsie n'ait point été faite, les antécédents nous autorisent à considérer madame X. comme atteinte d'une maladie organique du cœur et comme ayant succombé à une attaque de spasme suffocant. Rien, en effet, ne peut faire supposer qu'il existât quelque autre lésion anatomique qui pût rendre compte de la mort survenue aussi brusquement. En effet, la durée totale des accidents n'a pas dépassé une ou deux minutes, la malade a conservé sa connaissance et a pu appeler à deux reprises sa domestique ; il n'y a pas eu de déviation des traits ni de mouvements convulsifs, en sorte que, soit quant à la durée, soit quant à la nature des symptômes morbides, rien ne conduit à considérer cette observation comme une apoplexie cérébrale ; tandis qu'en se rappelant les bruits anormaux reconnus à l'auscultation du cœur, les palpitations, les intermittences et irrégularités du pouls, la douleur précordiale et la sensation de pression sur la même région, et enfin les nausées et vomissements que nous avons fréquemment rencontrés chez les malades atteints de maladies aiguës ou chroniques du cœur, nous sommes naturellement conduit à considérer madame X. comme atteinte d'une maladie du cœur.

Maintenant, quelle fut la cause immédiate de la mort ? C'est ce qu'il est fort difficile de dire en l'absence de l'examen microscopique ; mais si l'on passe en revue les circonstances de cette attaque, on est amené à la considérer comme un spasme des muscles cardiaques, spasme qui, vu l'état morbide de l'organe central de la circulation, a été cause de l'arrêt définitif des mouvements du cœur, et par conséquent de la mort.

Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, à laquelle nous n'attachons pas une grande importance, et qui est bien loin de nous satisfaire complétement, étudions encore, dans de nouvelles observations, le mécanisme de la mort chez les personnes atteintes de maladies du cœur ou des gros vaisseaux, et qui paraissaient jouir d'une bonne santé quelques instants avant l'attaque foudroyante qui a causé leur mort. Ces cas ne sont points rares, puisque les deux qui suivent ont été observés dans l'espace de quelques mois.

Plusieurs attaques de névralgie faciale et intercostale; douleurs articulaires; mort très-prompte par une attaque de spasme suffocant.

Obs. III.—Mademoiselle..., âgée de 54 ans, ayant assez d'embonpoint, surtout depuis l'arrêt de la menstruation, jouissait habituellement d'une bonne santé, qui lui permettait de se vouer à

l'enseignement pendant la majeure partie de la journée. Les seuls malaises auxquels mademoiselle ... fût sujette étaient de nature variable et à type tantôt irrégulier, tantôt périodique. Ces douleurs avaient fréquemment occupé le nerf sus-orbitaire et avaient été avantageusement combattues par les pilules de Méglin unies au sulfate de quinine. Les articulations des gros orteils et tibio-tarsiennes avaient aussi été douloureuses à diverses reprises; mais il n'y avait jamais eu de gonflement articulaire, ni rien qui ressemblât à des accès de goutte; le vin de colchique avait paru faire cesser ce genre de souffrances. Le siége le plus ordinaire des douleurs névralgiques était le trajet des nerfs intercostaux du côté gauche, et principalement la région précordiale. Mademoiselle ... y ressentait des élancements plus ou moins forts, ainsi qu'un poids incommode et la sensation d'une pression assez forte. Il y avait alors assez fréquemment des palpitations, mais le pouls n'était point irrégulier, et l'auscultation ne me fit jamais reconnaître aucun bruit anormal.

La douleur précordiale fut combattue par des applications extérieures, et notablement soulagée par des frictions de vératrin, de cyanure de potassium et de sulfate de morphine. Lors des premières attaques de cette douleur, on avait appliqué un emplâtre sur le côté gauche; mais il se développa immédiatement une éruption miliaire accompagnée d'un œdème considérable des joues et des paupières, en sorte qu'à la première vue on eût pu croire mademoiselle ... atteinte d'un érysipèle de la face. Cette singulière apparition d'œdème du visage se montra deux fois sous l'influence de la même cause, l'application d'un emplâtre aux lombes et au côté gauche. Elle ne présenta, du reste, aucune gravité et ne tarda pas à se dissiper.

Mademoiselle ... avait joui depuis plusieurs mois d'une santé parfaite, et, sauf une légère bronchite qui dura quelques jours, n'avait jamais interrompu ses occupations, lorsque, le 25 janvier, à sept heures du soir, ayant marché assez rapidement dans une rue montante, elle fut prise subitement d'une grande gêne dans la respiration, et obligée de s'asseoir sur un escalier. Les passants qui la virent ainsi respirant avec force et dans un état extrême d'angoisse, lui demandèrent inutilement qui elle était et où l'on pourrait la transporter; elle ne put répondre que ces mots : « J'étouffe, j'étouffe. » Elle fut alors immédiatement transportée au premier étage et placée sur un lit; les assistants essayèrent de couper ses vêtements pour faciliter sa respiration; mais, après trois ou quatre inspirations accompagnées de mouvements du bras, elle ne tarda pas à succomber.

Immédiatement après la mort, la bouche et les narines se remplirent d'une écume blanche, qui continua à sortir par un mouvement continu pendant plusieurs heures.

Le cadavre fut transporté au domicile de mademoiselle ..., et la putréfaction ne tarda pas à paraître, malgré le peu d'élévation de la température.

Appelé auprès de mademoiselle ..., j'arrivai peu d'instants après la mort ; je trouvai le visage pâle et sans aucune trace de congestion ni de déviation des traits, et sauf l'écume qui sortait par la bouche et les narines, on eût pu croire à un simple évanouissement.

J'avais eu, quelques heures auparavant, une conversation avec mademoiselle ..., qui me parla longuement de la santé de son père, et qui m'eût sans aucun doute parlé d'elle-même si elle eût alors éprouvé le moindre malaise.

Cette observation nous offre un exemple frappant de ce que j'ai appelé plus haut *la mort par spasme suffocant*. En effet, il s'agit ici d'une personne jouissant d'une bonne santé habituelle, et qui n'avait d'autres malaises que des douleurs névralgiques souvent accompagnées de palpitations et d'un peu d'irrégularité dans le pouls. Quelques heures avant l'attaque qui a causé la mort, mademoiselle ... n'éprouvait aucun malaise et paraissait être aussi bien portante qu'à l'ordinaire, lorsqu'à la suite d'une marche un peu rapide dans une rue montante, elle éprouve une gêne croissante de la respiration, avec la sensation d'étouffement ; puis, dans l'espace de quelques minutes, la mort survient sans déviation des traits et sans autre symptôme qui puisse être rapporté à une apoplexie ou à une congestion cérébrale, supposition que combat aussi la pâleur du visage et la rapidité de la mort. Il est vrai que l'autopsie n'ayant point été faite, la cause immédiate de la terminaison fatale doit rester inconnue pour nous ; cependant, en comparant les détails qui précèdent avec ceux que nous allons raconter, l'on sera frappé de la parfaite identité des deux cas, et il nous sera sans doute permis d'attribuer à la même cause la mort survenue chez ces deux personnes, dans des circonstances qui présentent une si grande ressemblance.

Santé en apparence parfaite, sauf un peu de gêne dans la respiratoire ; mort très-prompte par spasme suffocant.

Obs. IV.—Un officier anglais, d'une taille élevée, ayant beaucoup d'embonpoint et toutes les apparences de la meilleure santé, après avoir séjourné vingt-trois ans dans les Indes orientales, était revenu depuis quelques mois en Europe et voyageait sans autre

but que son plaisir. Arrivé à Genève le 21 mai 1846, dans le courant de l'après-midi, il fit quelques tours de promenade, dîna de fort bon appétit, et, après avoir causé fort longtemps avec quelques-uns de ses compatriotes, monta dans sa chambre à neuf heures et demi pour se coucher. Il était déjà à moitié déshabillé lorsqu'il se sentit mal à son aise et sonna avec force; le sommelier, qui entra dans sa chambre à l'instant même, le trouva debout, fort pâle, respirant avec force et paraissant très-angoissé; il pouvait à peine parler et ne put articuler que le mot *docteur;* le sommelier ressortit pour donner l'ordre d'aller chercher le médecin, et rentrant immédiatement, il trouva M. ... chancelant et incapable de se soutenir; il le plaça sur son lit, et de ce moment la respiration cessa, et la bouche, ainsi que les ouvertures nasales se remplirent d'une écume blanche et incolore, qui continua à sortir pendant plusieurs heures.

Ayant rencontré le messager qui m'était envoyé, je pus arriver très-promptement auprès de M. ...; mais il s'était cependant écoulé plus de vingt minutes depuis le début de l'attaque, tandis que celle-ci ne paraît pas avoir duré plus de cinq ou six minutes. Aussi, lorsque j'arrivai, la circulation était complétement arrêtée; il n'y avait plus de battements du cœur ou des artères; le visage était pâle, calme et sans la moindre déviation ou expression de souffrance. Les lèvres étaient pâles et recouvertes d'écume. Des aspersions d'eau glacée, des titillations des orifices, des compressions alternatives du thorax et l'emploi de l'eau bouillante sur la poitrine, tout fut inutilement employé pour ramener la vie définitivement éteinte.

L'autopsie fut pratiquée trente-six heures après la mort et présenta les résultats suivants.

Il existe de la roideur cadavérique d'une manière prononcée. A la partie postérieure et sur les côtés, on remarque de légères plaques violacées. L'abdomen est tuméfié par des gaz, et il existe déjà une putréfaction très-manifeste.

Tête. Les vaisseaux crâniens sont, ainsi que les sinus de la dure-mère, remplis par un sang noir liquide. La grande cavité de l'arachnoïde ne contient qu'une très-légère quantité de sérosité transparente; la pie-mère et l'arachnoïde sont très-peu injectées; le tissu sous-arachnoïdien ne contient que fort peu de sérosité claire et transparente. Les ventricules ne présentent rien de particulier. La substance cérébrale est partout saine, sans injection, ni caillot, ni déchirure. Les hémisphères du cervelet et la moelle allongée, coupés par tranches minces, n'offrent aucune lésion.

Thorax. On trouve dans les deux plèvres quelques onces de

sérosité limpide et transparente ; il en existe aussi quelques cuillerées à café dans le péricarde. Les veines thoraciques sont, ainsi que celles de l'abdomen, remplies de sang noir semi-liquide. Les poumons crépitent dans toute leur étendue ; la région postérieure présente un engouement évidemment cadavérique ; du reste, ils sont parfaitement sains, sans tubercules ni adhérences. Les bronches et les autres parties des voies aériennes, à partir de la bouche, ne contiennent que quelques mucosités non écumeuses et non sanguinolentes. Le cœur est volumineux et d'environ un tiers plus gros que dans l'état normal ; il est enveloppé d'une notable quantité de tissu adipeux, surtout autour des vaisseaux cardiaques ; ceux-ci ne sont ni ossifiés ni cartilagineux, mais assez volumineux, principalement les veines cardiaques. Les parois ventriculaires ne sont pas épaisses, mais les cavités sont notablement plus grandes que dans l'état naturel, surtout le ventricule gauche, dans lequel on pourrait presque loger le poing du sujet.

Les valvules aortiques ont leur forme et leur consistance normales ; elles ferment complétement l'orifice auquel elles sont situées ; mais soit au-dessus, soit au-dessous de ces valvules, on remarque sous la membrane interne du cœur et sous celle de l'aorte un dépôt de matière albumineuse, opaque dans quelques points, de consistance cartilagineuse et même osseuse. Ailleurs, dans l'aorte, se voit un grand nombre d'ulcérations serpigineuses, de forme et d'étendue variables ; à la partie inférieure de la crosse de l'aorte, on remarque une de ces ulcérations allongées, d'environ 2 à 3 lignes de longueur, paraissant comme produite par une déchirure des tissus, et dont le fond est formé par une couche légère de sang noir coagulé, située entre la tunique moyenne qui est rompue et la tunique externe, laquelle est intacte. Depuis sa crosse jusqu'à l'origine des artères iliaques, l'aorte présente les mêmes lésions ; les ulcérations avec fond sanguinolent se rencontrent en grand nombre au bas de la portion abdominale de cette artère, et s'arrêtent brusquement à l'origine des iliaques, lesquelles sont saines. A l'orifice des artères rénales, les parois aortiques ont près de 3 lignes d'épaisseur, et 1 pouce plus loin elles ont à peine une demi-ligne.

Abdomen. Il existe quelques cuillerées de sérosité transparente dans la cavité du péritoine. La rate est très-volumineuse, son tissu est friable, sa partie inférieure s'étend jusque dans la fosse iliaque gauche ; elle a 8 pouces de longueur sur 4 et demi de largeur. Le foie est volumineux, son tissu est sain ; la vésicule du fiel ne contient pas de calculs. Les reins sont sains. L'estomac

est volumineux et contient des matières alimentaires à moitié digérées, et ayant une odeur vineuse; la muqueuse est saine. Les intestins, examinés dans toute leur étendue, ne présentent aucune lésion.

L'observation qu'on vient de lire présente un nouvel exemple de ce que j'ai appelé *le spasme suffocant*. Nous y voyons une personne, en apparence parfaitement bien portante, et qui, d'après les renseignements très-précis que j'ai obtenus de sa famille, ne s'était jamais plainte d'autre malaise que d'un peu de gêne dans la respiration lorsqu'elle montait un escalier, être saisie brusquement d'un spasme de la poitrine, avec sensation d'étouffement, gêne croissante de la respiration, et se terminant promptement par la mort. Si l'on compare cette observation avec la précédente, l'on sera frappé de leur parfaite ressemblance ; en effet, chez l'un et chez l'autre de nos malades, la durée totale de l'attaque n'a pas dépassé douze à quinze minutes; chez tous les deux l'angoisse était extrême, la respiration haute et bruyante, les bras étaient agités de mouvements convulsifs qui paraissaient destinés à faciliter l'entrée de l'air dans la poitrine. Chez tous les deux, il existait une angoisse extrême, une impression de terreur et de danger imminent qui se manifestèrent par le mot *j'étouffe*, chez mademoiselle ..., et par la demande instante du docteur chez l'officier anglais. L'un et l'autre ont conservé pendant l'attaque leur présence d'esprit ; leur visage est resté pâle et n'a présenté aucune déviation. Enfin, chez nos deux malades, la bouche et les narines ont été, immédiatement après la mort, remplies par une écume blanche et incolore qui a continué à sortir pendant plusieurs heures. Celui des deux malades dont on a fait l'autopsie nous a présenté des lésions graves du cœur et des gros vaisseaux, tandis que le cerveau et ses membranes étaient parfaitement sains. On ne peut donc attribuer la mort à une apoplexie ou à quelque autre lésion cérébrale dont il n'existait aucune trace, et si nous nous en tenons aux lésions anatomiques, nous sommes forcés de reconnaître comme cause unique de la mort un état morbide du cœur et des gros vaisseaux. Mais quelle est, dans ce cas comme dans le précédent, la cause déterminante et le mécanisme de la mort. C'est ce qu'il est difficile de décider. Essayons cependant de jeter quelque jour sur cette obscure question.

Et d'abord, peut-on attribuer la mort à une syncope rendue mortelle par un état morbide de l'organe central de la circulation ? Nous ne le pensons pas ; car, lorsque le cœur cesse de battre d'une manière temporaire ou permanente, il y a bien un certain degré d'angoisse précédant ou accompagnant l'évanouissement ; mais

cet état n'est ni durable, ni surtout accompagné de mouvements inspiratoires aussi prolongés et aussi convulsifs que nous les ont présentés les malades dont nous avons raconté l'histoire. D'ailleurs, notre première observation nous a montré combien était prompte et instantanée la mort par syncope, et dans les autres cas que nous avons vus survenir sous l'influence de quelque effort ou de mouvements un peu brusques, la rapidité de la mort a toujours été beaucoup plus grande que dans nos deux dernières observations. En second lieu, chez le seul de nos malades dont nous avons fait l'autopsie, nous n'avons reconnu aucune lésion cérébrale, en sorte qu'en ce qui le concerne nous devons exclure cette cause et en chercher quelque autre pour expliquer la mort.

Quel est donc, dans nos trois dernières observations, le mécanisme de la mort? Est-ce la paralysie des nerfs cardiaques ou inspirateurs? est-ce un spasme des muscles cardiaques ou thoraciques? Telles sont les deux questions que l'on peut poser pour expliquer l'apparition d'accidents graves et promptement mortels survenus brusquement au milieu d'un état de santé en apparence satisfaisant.

La paralysie des nerfs cardiaques ou inspirateurs nous paraîtrait devoir amener une mort plus prompte que celle de nos trois derniers malades; si elle était complète, elle nous semblerait devoir entraîner une syncope nécessairement mortelle; si la paralysie survenait graduellement, elle causerait alors une asphyxie lente et qui n'amènerait la mort que dans l'espace de quelques heures, ou tout au moins dans un temps bien plus long que quelques minutes. Et d'ailleurs, la pâleur du visage observée chez nos malades semblerait contredire l'hypothèse d'une asphyxie graduelle, telle que devrait la produire une paralysie croissante des nerfs cardiaques ou inspirateurs.

Le spasme des muscles du cœur et du thorax peut-il mieux rendre compte du mécanisme de la mort chez nos trois derniers malades? Nous serions disposé à le penser. En effet, toutes les circonstances de cette attaque mortelle dénotent une sensation de pression, un étouffement par cause intérieure, un besoin de respirer que les plus fortes inspirations ne peuvent satisfaire, malgré ces mouvements presque convulsifs des bras qui sont destinés à remplacer l'insuffisance des muscles inspirateurs; enfin, cette écume blanche qui paraît après la mort et qui continue à sortir pendant plusieurs heures; tout cela ne semble-t-il pas annoncer ce que l'on est convenu d'appeler *un spasme?* Et la nature des symptômes qui entraîne une mort aussi prompte nous autorise à rapporter cet état spasmodique aux muscles cardiaques

ou inspirateurs, et probablement aux uns et aux autres. C'est pour cela, et sans attacher une grande importance à cette hypothèse, que nous avons désigné ce genre de mort sous le nom de *spasme suffocant*.

Les cas qui nous ont servi à reconnaître cette cause de mort se rapprochent à certains égards de l'angine de poitrine; mais ils ne peuvent pas être complétement confondus avec cette maladie. En effet, chez les personnes atteintes d'angine de poitrine, la mort survient, il est vrai, brusquement; mais il est rare qu'elle ne soit pas précédée d'une ou de plusieurs attaques de cette sensation douloureuse qui a été considérée comme caractéristique de la maladie dont nous parlons. C'est en marchant ou pendant le sommeil que les attaques d'angine de poitrine se montrent le plus ordinairement; or deux de nos trois malades étaient fort tranquilles dans leur chambre, et aucun d'eux n'a été atteint pendant le sommeil. Et quant aux attaques antérieures, il ne paraît pas qu'aucun des trois ait présenté cet ensemble de symptômes qui a été désigné sous le nom d'angine de poitrine. La malade qui fait le sujet de notre deuxième observation avait fréquemment des palpitations et une douleur précordiale, mais ne s'était jamais plainte de cette pression sous-sternale, et n'avait jamais éprouvé ces attaques si aiguës et si douloureuses qui donnent aux malades qui en sont atteints la sensation d'un danger imminent; en un mot, il n'y avait chez madame X... d'autres symptômes que ceux qui accompagnent fréquemment les maladies organiques du cœur. Chez mademoiselle..., dont nous avons raconté l'histoire dans l'observation troisième, les symptômes du côté du cœur ont été encore moins marqués, et il est impossible de considérer comme caractérisant une angine de poitrine la douleur névralgique qui se fixait tantôt au visage, tantôt à la région précordiale, tantôt sur le trajet des nerfs intercostaux; il est vrai que l'attaque foudroyante qui a causé la mort est survenue pendant la marche, ainsi qu'on l'observe ordinairement dans l'angine de poitrine; mais en parcourant les ouvrages anciens et modernes sur cette maladie, et en particulier les recherches de notre compatriote M. Jurine, ainsi que l'article remarquable inséré par M. Forbes dans le *Cyclopedia of practical medicine*, je n'ai pas rencontré un seul cas où la mort fût survenue pendant la première et unique attaque d'angine de poitrine. En second lieu, je n'ai pas vu une seule fois mentionné le symptôme si remarquable de cette écume blanchâtre qui paraît immédiatement après la mort, et qui continue à sortir ainsi de la bouche et du nez pendant plusieurs heures consécutives; enfin deux de nos trois malades étaient du

sexe féminin, tandis que les proportions contraires se rencontrent dans l'angine de poitrine, puisque sur *quatre-vingt-huit* cas analysés par le docteur Forbes, *quatre-vingts* appartiennent au sexe masculin et *huit* seulement au sexe féminin. Enfin le sujet de notre quatrième observation ne s'était jamais plaint d'aucun autre symptôme que d'un peu de gêne dans la respiration, et encore le mentionne-t-il à l'occasion de l'escalier du Panthéon. Or quel est l'habitant de Paris qui pourrait faire cette ascension sans éprouver de la gêne dans la respiration?

Ainsi donc, en résumé, nos trois dernières observations ne peuvent être rapportées ni à une syncope ni à une attaque d'angine de poitrine ; il a bien fallu les désigner par leur symptôme le plus caractéristique, et considérer leur mort comme la conséquence d'un *spasme suffocant* dont la cause prédisposante serait un état morbide du cœur et des gros vaisseaux, circonstance que nous avons reconnue par l'autopsie chez celui de nos malades qui avait présenté le moins le symptôme morbide dans la circulation (obs. IV). qui a été mis aussi hors de doute par les palpitations, l'irrégularité du pouls et les bruits anormaux du cœur (obs. II), et enfin qui présente quelque obscurité chez notre malade n° 3 ; mais si l'on rapproche nos trois dernières observations, l'on verra que la parfaite conformité des symptômes nous autorise à conclure qu'il existait aussi très-probablement quelque lésion organique du cœur et des gros vaisseaux chez notre malade n° 3.

Après ces remarques théoriques, venons-en maintenant aux conclusions pratiques, et demandons-nous : Qu'y aurait-il à faire si l'on était appelé à temps dans un cas de *spasme suffocant?* Faudrait-il saigner, employer les anti-spasmodiques, les rubéfiants ou les dérivatifs? Je pense qu'en l'absence de toute notion certaine sur la cause des accidents, il faudrait se contenter d'une médecine symptomatique, et voici la manière dont je me conduirais si j'arrivais en temps utile. En premier lieu, je ferais asseoir le malade en soutenant sa tête ; je ferais immédiatement disparaître toutes les ligatures, telles que cravates, boutons de chemise, corsets, etc. ; j'appliquerais de larges sinapismes à la poitrine, aux cuisses et aux jambes, ou mieux encore, j'agirais comme je l'ai fait, inutilement il est vrai, chez l'officier anglais, je tremperais une serviette dans l'eau bouillante, et je l'appliquerais sur la poitrine pendant quelques secondes ; je tenterais de faire avaler quelque eau aromatique, anti-spasmodique ou spiritueuse, et si le malade ne peut avaler, je verserais dans un linge de l'éther, du vinaigre, de l'eau de Cologne ou tout autre liqueur volatile tonique ou anti-spasmodique, et je ferais placer ce linge

ainsi humecté à quelques pouces du visage de manière à imprégner l'air qui pénètre dans le poumon et à stimuler ainsi la muqueuse aérienne. J'aspergerais d'eau glacée le visage du malade, et je renouvellerais cette opération aussi souvent que le pouls baisserait ou que la respiration s'embarrasserait ; enfin, quant à la saignée, je me laisserais complétement guider par les circonstances. La stase sanguine doit être sans aucun doute très-grande sous l'influence d'un état spasmodique aussi violent, et la théorie semble indiquer les déplétions sanguines comme utiles en pareil cas. D'autre part, la pâleur du visage, qui a été remarquée d'une manière très-précise chez deux de nos malades, semble dénoter un affaiblissement dans la circulation que toute déplétion sanguine ne pourrait qu'augmenter, en sorte qu'en définitive il me paraîtrait plus prudent de s'abstenir de toute déplétion sanguine, afin de laisser au malade le peu de chances qu'il peut avoir de rétablissement. Et ce qui peut ajouter quelque poids à cette conclusion, c'est le résultat défavorable de la saignée dans les cas d'angine de poitrine ; en effet, quoique cette dernière maladie diffère notablement de ce que nous avons appelé le *spasme suffocant*, l'on doit cependant reconnaître une assez grande analogie pour que les effets fâcheux des déplétions sanguines dans l'un de ces cas puisse servir d'indication pour s'abstenir de la saignée dans la seconde de ces maladies.

En résumé, si j'ai réussi à appeler l'attention sur les diverses manières dont peut survenir la mort, soit subitement, soit tout au moins très-brusquement chez les personnes atteintes de maladies du cœur ou des gros vaisseaux, et qui cependant paraissaient jouir d'une bonne santé quelques instants avant leur mort, mon but aura été rempli ; il le serait surtout si les faits que j'ai fait connaître et les conclusions que j'en ai déduites mettaient sur la voie de quelque moyen, soit préventif, soit curatif, pour combattre les terribles accidents que j'ai été appelé à raconter. Dieu veuille qu'il en soit ainsi !

THÉRAPEUTIQUE. — 4. *Bulletin thérapeutique médicale ;* par M. le docteur S. SANDRAS. — De la diversité des indications thérapeutiques dans les vertiges.

(Bulletin général de Thérapeutique, août 1846.)

Le vertige est une des affections les plus communes. Sans parler de tous les cas de maladies où ce symptôme se montre, il est facile de prouver que rien n'est fréquent comme le vertige pour ainsi dire essentiel. Aux uns la moindre émotion morale, aux autres la moindre perturbation physique donne des vertiges, de

telle sorte qu'on trouverait peu de personnes qui n'en aient éprouvé quelque degré plusieurs fois dans la vie. C'est une remarque de tous les jours, et pour mon compte je connais nombre de personnes à qui la plus petite circonstance les redonne immédiatement. Un homme robuste ne pouvait pas marcher sur les trottoirs d'asphalte sans éprouver un vertige bien caractérisé; une dame nerveuse ne pouvait pas manger un peu de sucre, sans se sentir la tête et les sens tout bouleversés. J'en citerais des exemples à l'infini et des plus curieux. Le vertige est caractérisé par un certain trouble du cerveau dans lequel on a la plus grande peine à rassembler et fixer ses idées; en même temps les sens éprouvent des impressions très-diverses; la vue se trouble et paraît s'éteindre, ou bien les objets tournoient autour du vertigineux avec une plus ou moins grande rapidité; d'autres fois ils sont bouleversés de telle sorte que le patient n'a plus connaissance nette de la position et de la configuration réelles des choses, du haut, du bas, de la distance, du dessin, des couleurs; dans certains cas enfin, ce sont des espèces de nuages, de vapeurs, de formes ou confuses ou lumineuses qui se promènent dans l'espace, s'interposent entre l'œil et les objets extérieurs, tantôt se confondant avec certaines parties des objets regardés, et tantôt au contraire venant de ces objets jusque dans l'œil. On cherche en vain à nettement voir et on ne perçoit l'image des corps pour ainsi dire qu'à la dérobée et comme au travers d'un voile. L'ouïe peut participer au trouble général; tantôt des battements, des roulements incommodes sont perçus dans l'oreille; tantôt c'est un bourdonnement, comme celui d'une ruche d'abeilles ou comme le bruit des grandes eaux; tantôt c'est un sifflement aigu, comme celui qu'on tire d'une clef, ou comme celui des vents d'hiver. Le toucher est confus, quelquefois dans toutes les parties du corps destinées à exercer ce sens, et d'autres fois dans certaines parties plus spéciales. Ainsi les mains ne palpent plus; les pieds cessent de sentir ou donnent des impressions comme si on marchait sur du coton ou comme si on était dans un vaisseau ballotté sur une mer agitée. Le goût, l'odorat, en général moins impressionnés que les autres sens et beaucoup plus rarement pervertis ou troublés, donnent aussi des perceptions bizarres ou de saveurs ou d'odeurs qui n'existent que pour le malade; dans le plus grand nombre de cas, ils sont seulement devenus beaucoup plus obtus qu'à l'ordinaire et on ne les réveille qu'au moyen de leurs excitants les plus actifs.

Au milieu de tous ces troubles, ceux de la locomotion sont encore bien remarquables; la station, la marche, les mouvements

coordonnés sont impossibles ; dans un degré de vertige assez léger, le sujet cherche seulement, en écartant les jambes, à élargir la base de sustentation, ou à se soutenir en prenant à sa portée quelque point d'appui solide ; dans les degrés les plus avancés, il lui devient impossible de se soutenir ni debout, ni assis ; et, même pendant le coucher, le désordre cérébral est tel, que le plan sur lequel on est étendu, quel-qu'il soit, paraît emporté avec vous d'un mouvement plus ou moins rapide et confus dans lequel on ne se reconnaît plus. Tantôt tous ces désordres, même au summum, vous saisissent brusquement et à la fois ; tantôt, au contraire, la marche en est progressive, par quelque point du corps, sous quelque forme que le mal ait débuté ; puis les perceptions reprennent peu à peu toute leur netteté, au bout d'un temps plus ou moins long, selon la cause du mal que l'on éprouve.

Comme c'est dans la connaissance de la cause du vertige que se rencontre la plus abondante source des indications thérapeutiques, il importe à notre point de vue d'y jeter un coup d'œil approfondi.

Ces causes sont multiples et frappantes. Un sujet est pléthorique ; qu'il y ait disposition naturelle ou acquise, il est riche d'un sang fortement coloré ; ses veines en sont gonflées, sa peau en est toute rougie ainsi que ses muqueuses ; le cœur, les artères en sont pleins, tous les organes en sont surchargés. Dans un pareil sujet, qui n'est pourtant pas encore malade, le cerveau ressent un des premiers l'impression du liquide surabondant. Puis, pour peu que l'état matériel augmente encore, ou qu'une cause quelconque appelle vers la tête un afflux trop grand ou trop rapide du sang, le vertige se déclare. Une passion vive, un travail intellectuel assidu, un coup de soleil, un obstacle à la circulation veineuse, une cause quelconque d'élévation du pouls, enfin le moindre motif suffit et le vertige a lieu, d'un degré plus ou moins intense.

Au contraire, si le sang vient à manquer, le cerveau, privé de son stimulant naturel, manque à ses fonctions, et le vertige a lieu, d'autant plus facilement que les circonstances accessoires le privent de plus de sang et en même temps exigent au contraire qu'il en soit plus stimulé. Dans cette classe de causes, il faut ranger les vertiges dépendant de la chlorose, là où manque l'un des éléments du sang les plus excitateurs ; de l'anémie, là où le sang en masse fait défaut, soit que cette anémie résulte à la longue d'une alimentation insuffisante, ou de longues souffrances, particulièrement de l'estomac, soit qu'elle dépende d'un traitement activement antiphlogistique même quelquefois indispensable ; ou enfin de la défaillance, conséquence nerveuse souvent des deux

causes ci-dessus, et quelquefois des impressions vives de toutes sortes exercées sur le système nerveux. Dans ces conditions tout opposées à celles dont nous parlions plus haut, le vertige a lieu avec tous ses caractères ; l'expression en est la même, il n'y a de différence que dans la cause. Dans le premier cas, il y a oppression des forces, surcharge d'un organe ; dans celui-ci, au contraire, c'est la stimulation naturelle qui lui manque.

Les névralgies sont encore une cause commune de vertiges ; on rencontre assez souvent des sujets pris tout à coup d'une douleur névralgique dans la tête et immédiatement saisis de vertige. L'accès subit de la névralgie, qui se fait sentir en même temps que le vertige, suffit pour en signaler la véritable cause. Cette sorte de vertige, quelquefois très-prononcé, a sur les autres l'avantage de durer moins longtemps et se dissipe en général aussitôt que la première impression de la douleur névralgique est passée.

Il n'en est pas de même des vertiges provenant du trouble de la digestion. J'ai connu un malade qui ne pouvait pas marcher, même après les repas les plus sobres, sans se trouver dans toutes les allures d'un homme ivre. Une dame que je soignais a été, pendant des mois, condamnée à éviter certains aliments : le sucre, le pain ordinaire, la moindre quantité de la boisson la plus légèrement alcoolique, tout aliment appelant ou développant des acides dans son estomac, suffisaient pour lui donner un vertige tel, qu'elle ne savait vraiment plus si elle ne se trouvait pas la tête en bas et que tout l'appartement semblait danser ou tournoyer autour d'elle avec un désordre inexprimable. J'ai remarqué bien souvent, pour peu qu'on fût disposé aux vertiges, que ces accidents se développaient promptement et vivement, aussitôt qu'il y avait des aigreurs dans l'estomac et dans la bouche. Le trouble de la digestion ainsi caractérisé est une des causes les plus communes des vertiges à répétition dont les exemples ne sont pas rares. Il me paraît important pour la thérapeutique de les distinguer avec soin des vertiges provenant aussi de la digestion quand l'estomac a été surchargé d'une trop grande quantité d'aliments. Dans le premier cas, l'indication me paraît simple et directe, saturer les acides ; dans le second, la cause peut être double. Il peut y avoir gêne de la circulation abdominale et par conséquent vertige par pléthore, à cause de la distension de l'estomac ; mais il peut y avoir aussi vertige par indigestion ou digestion laborieuse, à cause de l'excès d'acide versé dans l'organe trop rempli. Il est important de distinguer ces deux troubles l'un de l'autre ; mais surtout il faut bien se garder de les confondre avec les désordres dont nous avons parlé en commençant.

A côté de ces causes, il me paraît naturel de placer certains empoisonnements. Narcotiques, alcool, excitants cérébraux de toutes sortes, tout cela cause des vertiges. Ces vertiges ne sont pas tous les mêmes ; un désordre particulier des fonctions accompagne et signale la véritable cause du mal ; le corps étranger une fois sorti du sang ou neutralisé dans ce liquide, le désordre disparaît ; mais le vertige n'en a pas moins été, d'une part, la conséquence immédiate du principe introduit ; d'autre part, l'expression symptomatique d'un trouble qui n'a point laissé dans le système nerveux une trace matérielle du passage de la cause.

Il faut en dire autant et à plus forte raison du vertige causé par certains mouvements, certaines attitudes ; la valse, quand on n'en a point l'habitude, les culbute la tête en bas, la course en rond, un coucher trop incliné, la station immobile trop longtemps prolongée et surtout sur un seul pied, donnent à chaque instant des vertiges, sans autre altération matérielle qu'un peu de trouble de la circulation ou des impressions nerveuses excessives. Autant en faut-il dire des émotions physiques et morales. Tout le monde sait combien cette cause est féconde en troubles de la nature de ceux dont nous parlons, et personne n'ignore que les gens impressionnables en sont à chaque instant tourmentés.

Enfin une cause qui mérite encore une mention et un examen spéciaux, c'est le coït trop répété. On ne peut pas dire alors qu'il y ait congestion cérébrale, car aucun signe de congestion n'existe ; on ne peut pas dire non plus que le sang manque au cerveau, car le pouls et le cœur prouvent le contraire ; et pourtant le vertige le mieux caractérisé existe. Quel médecin n'a reçu à cet égard des confidences complètes ? J'ai souvent entendu raconter qu'après une nuit trop laborieuse, on avait été titubant comme un homme ivre ; plusieurs fois j'ai été consulté par des hommes à qui ces vertiges avaient inspiré la crainte de succomber un jour subitement dans l'acte vénérien, frappés d'une apoplexie foudroyante. Dans la plupart de ces cas, l'examen du malade m'a permis de le rassurer, et des conseils sérieux de modération ont suffi pour prévenir le retour de ces vertiges.

Toutes ces causes, et je n'ai indiqué que les plus importantes, parce qu'elles sont les plus communes, sont fécondes en indications thérapeutiques. Ainsi, dans le vertige causé par un état de pléthore générale ou locale, il est presque toujours facile de dégager nettement les véritables indications. L'état pléthorique est annoncé par la dureté du pouls, par la force des impulsions du cœur, par les antécédents, par les habitudes de régime ou de tempérament. Rien de plus simple à saisir que l'indication. Il faut ou diminuer

la masse du sang, ou faire au moins cesser la tendance qui le rassemble et le dirige vers le cerveau. Les saignées générales proportionnées aux forces, les saignées locales pratiquées à l'anus ou à l'épigastre, les bains de pieds irritants répétés, les cataplasmes sinapisés conservés quelques heures sur différentes parties des extrémités inférieures, des irritations douces, mais assez longtemps continuées de l'extrémité inférieure du tube digestif, une diète humectante et relâchante, en même temps insuffisamment réparatrice; enfin l'application du froid et surtout du froid humide sur la tête, voilà les principaux moyens qu'on emploie avec succès. On en peut varier à l'infini les formes et graduer les effets, d'après la sensibilité du malade. Bientôt on voit disparaître ce vertige avec la cause qui y donnait lieu. Les conséquences thérapeutiques se présentent donc ici d'elles-mêmes une fois la cause du vertige nettement démontrée.

Je n'ai pas besoin d'insister sur le danger qu'il y aurait à confondre cette sorte de vertige avec celle que j'ai indiquée immédiatement après. La cause en est toute contraire; ce qui remédierait efficacement à l'une, est pour cela même une cause puissante d'aggravation pour l'autre. Ici le vertige se montre comme dans le cas précédent; mais il n'y a que l'apparence de commune entre les deux états; le pouls, en général très-fréquent, est faible, inégal et mou, malgré son apparence de pléthore dans quelques faits exceptionnels. Les battements du cœur ont le même caractère; le vertige est accompagné d'un certain sentiment de défaillance; la tête n'est ni chaude ni congestionnée; des accidents nerveux accompagnent souvent le malaise que le malade éprouve. A tous ces caractères, si on ajoute les antécédents, le bruit de souffle à divers degrés dans les grosses artères, une longue série de jours passés au milieu de toutes les causes débilitantes, une chlorose bien caractérisée, une vacuité remarquable des veines superficielles, ou du moins la présence dans ces vaisseaux d'un liquide peu coloré, on a des renseignements suffisants. Ce vertige appelle un traitement tout contraire à celui dont nous venons de parler. Du repos dans les premiers temps, un coucher horizontal, puis progressivement du mouvement et de l'exercice proportionnés aux forces; une nourriture aussi substantielle que le permet l'état des fonctions digestives, non-seulement pour la quantité, mais aussi et surtout pour la qualité réconfortante et même stimulante des aliments; l'emploi journalier du fer, sous forme de *protosel* ou de poudre métallique au commencement du déjeûner et du dîner; voilà les moyens sur lesquels il faut compter, tout en prenant soin, bien entendu, d'en surveiller les effets, et de re-

médier, quand il y a lieu, aux désordres de diverses natures qui, soit par le fait de la maladie, soit même par le fait du traitement, peuvent venir entraver la guérison. Nous devons seulement faire remarquer ici, que dans cette disposition des organes et dans ce traitement, la constipation est fort commune. Dans les premiers temps ce n'est point un mal, au contraire; mais quand elle se prolonge trop, elle doit aussi appeler l'attention du médecin. Il se trouve bien de conseiller l'usage de lavements laxatifs plus ou moins puissants selon l'état; l'usage habituel après chaque repas d'une cuillerée à café de magnésie décarbonatée bue dans un demi-verre d'eau sucrée, et même une infusion de feuilles de séné à la dose de 15 à 20 grammes, employée à faire le matin, avec du café grillé et du lait, une bonne tasse de boisson qui rappelle très-bien le goût du café au lait ordinaire, et suffit pour purger légèrement la plupart des personnes qui en usent. Ce purgatif n'a point d'inconvénient, et on y peut revenir sans dégoût. A une constipation plus opiniâtre, on remédierait par deux ou trois pilules, contenant chacune 0,10 d'aloès. Ces pilules, inattaquables dans l'estomac, ont l'avantage de n'agir que sur le bas de l'intestin, et par conséquent ne risquent pas d'augmenter les accidents nerveux par le trouble de la digestien stomacale, cause commune des anémies et chloroses dont je viens de parler.

Quant aux vertiges causés par la névralgie, occupant surtout des filets nerveux de la cinquième paire, le meilleur moyen d'y porter remède c'est de combattre la névralgie. Les applications locales morphinées, la belladone convenablement prise à l'intérieur, jouissent pour cela d'un grand pouvoir thérapeutique, ainsi que les applications de liquides cyanurés; mais il importe aussi de ne pas perdre de vue l'état de véritable anémie dans lequel tombent souvent les névropathiques. Par conséquent il faut se garder, une fois qu'on les a soulagés pour le moment, de les abandonner à eux-mêmes. Le plus sûr moyen de prévenir le retour de ces vertiges, c'est de mettre rigoureusement les malades au régime dont je viens de parler à propos des vertiges par anémie.

Quant au vertige causé par le trouble de la digestion, je crois qu'il est utile, et à cause de sa fréquence, et à cause de la thérapeutique spéciale qu'il réclame, de lui donner une sérieuse attention. Il est reconnaissable presque toujours aux signes suivants : 1° les vertiges se produisent aussitôt les aliments pris, et même commençant à se mettre en digestion ; 2° le ventre se ballonne dans les flancs et vers la région épigastrique, de manière à causer une douleur plus ou moins vive de tension vers l'estomac

et de gêne dans la respiration ; 3° des vents circulent dans le ventre et sortent plus souvent par la bouche ; 4° les liquides de la bouche prennent une saveur acide plus ou moins marquée ; 5° l'état commun du malade, sa position du moment, son âge, ses habitudes confirment le diagnostic.

Voilà pour les cas les plus simples.

Dans les plus sérieux, après quelque temps rempli par les malaises dont je viens de parler, les choses vont plus loin. Il y a anorexie ou bizarrerie dans l'appétit, la bouche est sèche, pâteuse, acidule, des rapports aigres se font jour, et le vertige devient un trouble de toutes les fonctions cérébrales.

Il importe donc d'arrêter le mal dans son cours, et, pour cela, il faut, dès le commencement, rétablir la digestion normale. Dans ce cas, il m'est prouvé qu'il y a excès d'acide dans l'estomac. A chaque instant je vois ces troubles, et le vertige qui en est la conséquence, disparaître avec la modification indiquée des liquides stomacaux. Quelques doses de magnésie calcinée, prises immédiatement après chaque repas, suffisent le plus souvent pour rétablir l'ordre, ramener la digestion dans ses limites convenables, et consolider les fonctions cérébrales. Presque toujours ce moyen fort simple, invoqué à temps, suffit ; mais lorsqu'on a trop attendu, et que le mal en est venu au second degré, on ne peut plus se contenter de ce secours ; un purgatif ou un vomitif deviennent nécessaires, et, après, on se retrouve dans les conditions où la magnésie se montre efficace. On achève la guérison en faisant prendre tous les matins quelques tasses d'une infusion légère de camomille ou de feuilles d'oranger. J'ai été souvent émerveillé de la rapidité avec laquelle ces moyens si simples ont fait disparaître ces vertiges, qui, au premier abord, semblent exiger des saignées réitérées ou une thérapeutique active qu'on avait même quelquefois employée sans succès.

Contre les vertiges causés par certains poisons, la thérapeutique est loin de se montrer aussi simple. Chacun de ces poisons appelle un moyen à part, quoique l'on puisse aussi poser pour les combattre des règles générales. Comme je ne veux pas faire ici un traité des contre-poisons, je vais, pour me renfermer dans les limites que comporte mon sujet, me borner à donner les indications qui s'offrent le plus souvent. Le mal est connu presque toujours dans sa cause, parce qu'on sait quel poison a été avalé. Narcotique ou narcotico-âcre, il doit d'abord être rejeté. Ainsi, d'abord pour provoquer le vomissement, titillations de la luette et de la base de la langue, administration de vomitifs à dose plus ou moins élevée, suivant la nature du poison et de propriétés sur-

tout différentes de celles du corps toxique ingéré ; lavage de l'estomac par une grande quantité d'eau tiède, prise en abondance et immédiatement rejetée. C'est la première de toutes les règles ; la seconde consiste à combattre le poison, s'il en reste, par les moyens les plus capables, ou de le rendre inerte dans les voies digestives, ou d'en arrêter les effets sur le système nerveux.

La première sorte de moyens n'avait pas, contre le vertige, d'autre succès possible que celui d'en éloigner la cause présente encore dans l'estomac. La seconde série de moyens tend à détruire cette cause sur place et à la repousser du système nerveux. C'est ainsi qu'agissent, par exemple, le persulfure de fer dans les vertiges causés par le plomb, le café dans les empoisonnements par l'opium, l'ammoniaque en boisson dans l'ivresse. Le vertige n'étant dans tous ces cas qu'un effet très-secondaire, nous bornerons là ce que nous en devons dire.

Certains mouvements, certaines positions du corps, certaine situation sur un lieu élevé et isolé donnent, comme on sait, le vertige. A tout cela, je ne connais qu'un seul remède, l'habitude, et l'habitude n'est encore qu'un moyen prophylactique. Pour ceux qui n'en sont pas munis, je ne peux que conseiller de s'abstenir.

La chose n'est pas aussi facile pour les émotions. Elles viennent en général du dehors, et nous saisissent à l'improviste et sous tant de formes différentes, qu'il est impossible de s'en garantir. Heureusement, qu'elles soient physiques ou morales, leurs effets montrent toujours quelque chose de propre au tempérament, aux conditions hygiéniques de la personne émotionnée. C'est là qu'il faut chercher les indications que nous ne pouvons pas trouver dans la cause. Tirer dans ce cas du sang en quantité convenable et dans le moment opportun aux pléthoriques, évacuer doucement au moyen des huileux les gens à bile, donner des anodins, des calmants aux personnes nerveuses tout simplement, des stimulants diffusibles, dits anti-spasmodiques, aux sujets nerveux et affaiblis, faire prendre aux évanouis, quels qu'ils soient, une position horizontale, et les rappeler à la vie en leur jetant de l'eau fraîche à la figure et en leur donnant de l'air ; voilà les moyens ordinaires que l'art conseille, dans tous les vertiges causés par une vive émotion ; je ne vois guère de raison pour aller plus loin.

Contre le vertige causé par l'abus du coït, il y a d'abord une excellente prophylactique à conseiller. L'imposer, ce sera faire au malade un double bien, physique et moral. Mais en même temps il faut remédier au mal présent, et, à ce point de vue, comme le mal peut être de deux sortes, il y a deux voies à suivre.

L'abus auquel il faut remédier a pu être chronique ; alors, outre le conseil prophylactique, base du traitement, il est important d'insister sur l'usage des fortifiants, des préparations ferrugineuses, des aliments substantiels, du froid à l'extérieur, en bains, en boissons. Si au contraire l'abus n'a été que momentané, il faut conseiller le repos, les moyens doux, et après que le système nerveux est calmé, un régime progressivement réparateur. Les stimulants diffusibles, dits anti-spasmodiques, ne conviendront qu'à certaines natures épuisées, et encore leur préférerais-je, dans ces cas, des toniques un peu stimulants, et particulièrement l'usage bien réglé des vins généreux, d'autant plus que ces agents ne sont pas de ceux qui activent les organes génitaux.

---

5. *Revue thérapeutique. — Sur l'arbre bebeeru et sur le sulfate de bebeerine (nouvel alcaloïde fébrifuge).*

(Gazette médicale de Paris, N° 49 ; 1846.)

On connaît depuis longtemps en Angleterre, sous le nom de *green heart* (cœur vert), un bois dur, pesant, d'un jaune verdâtre, qui est originaire de la Guyane, et dont on se sert pour les usages industriels. Mais l'espèce en était inconnue : c'est au docteur Rodie que l'on doit d'avoir le premier décrit cet arbre, et d'en avoir extrait un alcaloïde fébrifuge dont l'usage commence à se répandre en Angleterre.

On trouve cet arbre dans sa plus belle végétation immédiatement après le terrain d'alluvion des côtes et des rivières et sur les montagnes argileuses peu élevées au-dessus du niveau de la mer. Il dégénère en s'élevant dans l'intérieur du pays jusqu'à ce qu'il disparaisse au niveau de la région la plus élevée des quinquinas. L'écorce en est blanchâtre et unie. Les feuilles sont opposées, oblongues aiguës, avec les bords repliés, etc. Les fleurs, fort petites, d'un blanc de neige et exhalant une odeur de jasmin, sont disposées en cymes axillaires. Les fruits sont obcordés ou oborés, de la grosseur d'une petite pomme, formés d'une coque mince et cassante et d'une amande à deux lobes charnus. Cette amande est très-amère, et plus riche en alcaloïde que l'écorce. Sa teinture alcoolique est d'un vert-olive foncé, vue par réflexion. Elle ne rougit pas la teinture de tournesol comme le fait celle de l'écorce.

L'écorce, telle que le commerce la fournit, est en morceaux plats, grisâtres, médiocrement fibreux, durs, pesants et fragiles. Elle est très-amère et dépourvue de toute partie aromatique. En la soumettant au procédé par lequel on obtient le sulfate de quinine, le docteur Rodie en a retiré deux alcaloïdes fébrifuges,

dont l'un, nommé *bebeerine*, forme avec un léger excès d'acide sulfurique un sulfate très-coloré, ayant l'apparence de l'extrait sec de quinquina, et dont la vertu médicale paraît être à celle du sulfate de quinine comme 6 est à 11.

La découverte du docteur Rodie a dû naturellement exciter l'attention des savants anglais sous le triple point de vue de la botanique, de la chimie et de l'application médicale. Sir Roberg Schomburg a examiné l'arbre sous le premier rapport, et a reconnu que c'était une espèce de *nectandra*, genre placé dans la famille des laurinées, auquel il a donné le nom de *nectandra Rodiei*, en l'honneur de M. Rodie.

M. Douglas Maclagan et M. Tilley, professeur de chimie à Birmingham, se sont occupés de constater l'existence et les propriétés de l'alcaloïde découvert par M. Bodie. Dans un mémoire publié en commun, ces deux chimistes proposent le procédé suivant pour extraire la bebeerine pure du sulfate préparé pour l'usage médical, qui contient les deux substances alcalines, et qui est toujours fortement coloré et presque semblable pour la forme à un extrait sec de la garaye. Ce sulfate étant redissous dans l'eau et précipité par l'ammoniaque, le précipité est lavé dans l'eau, puis trituré avec un poids égal d'oxyde de plomb récemment précipité, hydraté et encore humide. Le magma ainsi formé est desséché au bain-marie, pulvérisé et traité par l'alcool absolu. Ce liquide étant distillé laisse les deux bases organiques sous la forme d'une masse résinoïde et transparente, d'un jaune orangé. On pulvérise la matière et on la traite à plusieurs reprises par l'éther sulfurique, qui dissout seulement la bebeerine. On l'obtient, après l'évaporation de l'éther, sous forme d'une substance translucide, amorphe, homogène d'un jaune pâle et d'une apparence résineuse.

Cette substance, qui ne cristallise pas, possède toutes les propriétés d'un alcali organique. Elle est très soluble dans l'alcool, moins soluble dans l'éther, très-peu soluble dans l'eau; soumise à l'action du feu, elle se ramollit d'abord, puis fond à la température de 185°,5 centigrades sans rien perdre de son poids. A une température plus élevée, elle se boursoufle en exhalant des vapeurs d'une odeur forte, et brûle enfin sans résidu. Elle forme avec les acides des composés tout à fait incristallisables. Elle forme avec les perchlorures d'or, de mercure, de cuivre, de fer et de platine, des précipités qui sont un peu solubles dans l'eau bouillante et dans l'alcool, et qui s'en séparent par refroidissement, mais non sous forme cristalline.

Cette composition a cela de remarquable, qu'elle ne diffère

pas de celle de la morphine telle qu'elle a été déterminée par M. Regnault.

Quant à l'efficacité du sulfate de bebeerine comme fébrifuge, M. Maclagan a publié quarante observations dans lesquelles ce médicament paraît avoir été employé généralement avec succès.

Sur diverses préparations de haschich. — M. Louradour a présenté à la société de pharmacie plusieurs préparations de *haschich* (cannabis indica) qui lui sont récemment parvenues et qui ont été de sa part l'objet de diverses recherches. Ces préparations, au nombre de trois, sont : la *poudre*, l'*extrait gras* et la préparation connue sous le nom de *dawamesk*.

1° La poudre de *haschich*, composée tout simplement des feuilles et des fleurs de la plante, desséchées et broyées le plus finement possible. Cette poudre est d'un vert jaunâtre un peu foncé, exhale une odeur très-forte et très-prononcée qui se rapproche beaucoup de l'odeur du chanvre à l'époque de sa floraison; elle est complétement insipide. D'après l'intensité de son odeur, on serait tenté de croire *à priori* que ses effets doivent être très-marqués. C'est une erreur : les feuilles et les sommités du haschich, qui sont douées, lorsqu'elles sont encore fraîches ou du moins nouvelles, des propriétés les plus énergiques, semblent perdre en entier ces propriétés en se desséchant. Autant la poudre présentée par M. Louradour est active quand elle est récente, autant elle est inerte lorsqu'elle date d'un certain temps. Elle constitue la forme sous laquelle on fume le haschich, d'après les observations des médecins qui ont habité l'Orient; les effets seraient difficiles à obtenir par la pipe, et beaucoup plus faciles à produire avec la narghilé, ce qui prouve, comme l'a fait remarquer M. Aubert-Roche, que le feu ne détruit pas et que l'eau ne dissout pas le principe actif de la plante.

2° La seconde forme est l'extrait gras qui se prépare en faisant bouillir les feuilles et les fleurs de la plante fraîche avec de l'eau à laquelle on ajoute une certaine quantité de beurre frais. Le tout étant réduit par évaporation à la consistance d'un sirop, on passe à travers un linge. On obtient aussi le beurre chargé du principe actif et fortement coloré en vert. Lorsqu'il est frais, cet extrait, que les Arabes appellent extrait gras, exhale une odeur particulière, forte, que l'on ne peut guère comparer à aucune odeur connue, et qui se retrouve dans toutes les préparations dont il forme la base; c'est pour éviter cette odeur particulière, assez nauséabonde lorsque l'on a pris plusieurs fois du haschich, que les Orientaux aromatisent leurs préparations avec de grandes quantités d'essence de rose ou de jasmin. Au goût, il ne pré-

sente, lorsqu'il est frais, qu'une saveur de beurre très-légèrement rance.

3° Enfin, la troisième préparation, connue sous le nom dawamesk, est composée d'une certaine quantité d'extrait gras mélangé intimement avec des pistaches, de la farine d'amandes douces et du sucre. Le dawamesk, assez agréable au goût, se prend à la dose de 30 grammes, soit dissous dans une tasse de café à l'eau, soit en nature et sans aucune préparation. Les effets plus ou moins rapides, suivant les tempéraments, se manifestent ordinairement au bout d'une demi-heure, une heure ou une heure et demie après l'ingestion de la substance. Les individus impressionnables et nerveux sont, en général, plus rapidement pris que les sujets lymphatiques.

Préparation nouvelle de scammonée et son mode d'emploi. — M. Wimmer, médecin de Munich, propose une préparation nouvelle de scammonée, qui n'est autre que celle de la résine pure, obtenue par la solution de la scammonée d'Alep du commerce dans l'alcool très-rectifié, la filtration, la précipitation de la résine par l'addition d'eau, le lavage réitéré de la résine précipitée à l'aide de l'eau distillée, et enfin sa dessiccation à une douce chaleur.

Cette résine était employée d'abord à l'état de division et de mélange avec la gomme arabique, avec le baume de Canada, avec le savon de Venise, avec le sirop d'orgeat; mais les mélanges liquides étant sujets à s'altérer pendant les chaleurs de l'été, la résine de scammonée a été donnée en dernier lieu sous forme de poudre sèche mêlée à du biscuit également pulvérisé; c'est même sous cette forme qu'il est le plus aisé de l'administrer aux enfants.

M. Wimmer a trouvé que le mélange suivant est celui qui offre le plus d'avantages et de facilité pour l'emploi de cette substance.

Prenez : Résine de scammonée pure. 3 grammes.
Savon de Venise. . . . . 25 centigrammes.
Sucre blanc. 275
M. et F. S. A. une poudre homogène et très-ténue.

Ajoutez peu à peu :

Biscuit pulvérisé. . . 24 grammes.
Eau . . . . . quelques gouttes.

Triturer fortement en ayant soin de détacher du pilon les parties de poudre qui s'y attachent, et de les mêler toujours de nouveau au reste de la poudre.

On fait ensuite sécher cette poudre à l'air, et on la divise en

paquets du poids de 30 grammes chacun. 3 grammes de cette poudre contiennent 30 centigrammes de scammonée.

On l'administre à la dose de 40 centigr., qui suffisent pour provoquer plusieurs garde-robes chez un adulte. Pour les enfants de 15 ans, on réduit la dose à 30 centigr, ; pour ceux de 7 à 8 ans, à 20 centigr. ; enfin pour les enfants d'un à 2 ans, à 10 centigrammes.

Cette poudre joint à sa propriété purgative l'avantage d'être un vermifuge d'une très-facile administration.

Préparation du valérianate de zinc.

M. Lefort (de Gannat) a communiqué sur ce sujet au *Journal de pharmacie et chimie* une note que nous empruntons à ce journal.

On sait, depuis les nombreux travaux entrepris pour arriver à un mode de préparation économique du valériante de zinc, que l'acide valérianique est le produit de l'oxydation de l'essence de valériane. M. Gerhardt s'était déjà aperçu que l'essence de valériane exposée à l'air donnait de l'acide valérianique.

C'est sur cette dernière observation qu'est basé le nouveau procédé indiqué par M. Brun-Buisson, pour obtenir le valérianate de zinc en assez grande quantité. Ce chimiste a remarqué qu'en exposant à l'air pendant un mois de l'eau distillée de valériane, on obtenait 15 grammes de valérianate de zinc avec un kilogr. de racine de valériane.

J'ai eu l'occasion, dit M. Lefort, de répéter ce procédé à plusieurs reprises différentes, et je suis arrivé, à quelques grammes près, au même résultat que M. Brun-Buisson.

J'ai recherché s'il ne serait pas possible d'arriver à une oxydation beaucoup plus rapide que celle de l'air. Voici le procédé auquel je me suis arrêté comme m'ayant le mieux réussi.

Prenez :	Racine de valériane. . . .	1 kilog.
	Eau.	4
	Acide sulfurique.	100 grammes
	Bichromate de potasse. . .	60

Je fais macérer pendant vingt-quatre heures environ la valériane grossièrement pulvérisée, l'eau, l'acide sulfurique et le bichromate de potasse dans la cucurbite d'un alambic ; puis je distille. Je réserve dans la cucurbite le premier quart de l'eau qui a distillé contenant encore une notable quantité d'essence de valériane. Je continue la distillation jusqu'à ce que la liqueur ne réagisse plus sur le papier de tournesol.

Le produit de la distillation est ensuite mis dans une capsule

de porcelaine ou un matras en verre avec un excès d'hydrocarbonate de zinc privé d'oxyde de fer. Je laisse déposer pendant deux ou trois heures sur un bain de sable chauffé à 90 degrés.

La liqueur filtrée à chaud est évaporée à feu nu jusqu'à ce qu'il ne reste plus qu'un demi-litre de liquide. Je continue l'évaporation jusqu'à siccité sur des assiettes et à la chaleur de l'étuve.

Par ce procédé, j'ai obtenu, à trois reprises différentes, 17, 18 et 18 gr. 1/2 de valériane de zinc pour 1 kilogr. de racine.

Il est important, lorsqu'on voudra faire servir la racine de valériane à la préparation du valérianate de zinc, d'employer de la racine fraîchement séchée. J'ai trouvé des différences notables dans le rendement du valérianate de zinc en me servant de racine ancienne ou de racine séchée depuis peu de temps.

Il est même probable que la racine de valériane ne contient pas toujours la même quantité d'essence à toutes les époques de l'année; l'on n'ignore pas que les feuilles de laurier-cerise donnent des quantités d'acide cyanhydrique variables avec les époques de l'année.

Emploi du chlore et des acides chlorhydrique et sulfurique pour la conservation des sangsues.

M. Roder, pharmacien à Lenzbourg, avait vu, dans le cours de l'été de 1845, un grand nombre de ses sangsues périr par une épidémie : tous les soins, tous les moyens préservatifs connus, tels que le charbon, le miel, le sucre, etc., avaient échoué. Il eut alors recours au chlore. A 48 onces d'eau, il ajouta 3, 4, 5 gouttes au plus de chlore liquide ; il y mit les sangsues et les y laissa dix à quinze minutes, puis il jeta cette eau et la remplaça par de l'eau pure. Ce traitement sauva les sangsues sans qu'il fût nécessaire de le renouveler. On atteindrait probablement le même but par l'addition de quelques gouttes d'acide chlorhydrique pour neutraliser l'ammoniaque qui a pu se développer, et qui est, comme chacun sait, un poison très-dangereux pour les sangsues. En effet, elles se conservent très-bien dans l'eau acidule des terrains tourbeux, qui contient une petite quantité d'acide crénique et peut-être aussi d'acide acétique. L'emploi de l'acide sulfurique ordinaire et très-étendu (5 à 6 gouttes pour 12 onces d'eau) a également réussi dans un autre ces d'épidémie de sangsues. L'eau acidule a été, comme plus haut, remplacée par de l'eau pure, et toute trace de maladie a complétement disparu.

Emploi de l'appareil de Scott dans le traitement des tumeurs blanches.

M. R. Broussonnet (de Montpellier) a, le prémier, fait con-

naître en France l'appareil de Scott et ses applications. Cet appareil se compose :

1° D'un onguent composé de la manière suivante dont on fait un onguent à froid :

Camphre pulvérisé. . . .	de chacun 15 grammes.
Onguent napolitain double.	
Cérat de savon.	

2° De bandelettes agglutinatives de diachylon, larges de 3 à 4 centimètres, assez longues pour faire un tour et demi du membre ou de la partie qu'elles doivent recouvrir.

3° De :

Emplâtre de plomb. . . .	3 parties
Savon.	1

M. F. S. A. Emplâtre peu étendu sur une peau blanche.

4° D'une ou plusieurs bandes.

5° D'un soluté épaissi d'amidon.

Le mode d'application consiste : 1° à laver la partie avec de l'eau de savon chaude ; 2° à frictionner avec eau-de-vie camphrée, jusqu'à excitation légère de la peau ; 3° charger de l'onguent (n° 1) des bandes de linge souple, d'une longueur égale à une circonférence et demie du membre , et larges de 4 centim. On en recouvre la partie malade, depuis quatre travers de doigt au-dessous jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus, en suivant le procédé de Scultet, avec cette différence que l'on applique le plein de la bande tantôt en dessus, tantôt en dessous. On s'inspire, d'ailleurs, du besoin de bien recouvrir les parties sans laisser le moindre jour, sauf le cas où il y a des ulcérations ou trajets fistuleux ; 4° agir de même , à l'aide de bandelettes de diachylon ; 5° recouvrir le tout avec l'emplâtre de plomb et savon , en disposant les pièces de cet emplâtre selon la longueur du membre, de manière à entourer exactement l'articulation ; 6° terminer par le bandage roulé et amidonné, en commençant par l'extrémité du membre, en comprimant régulièrement.

M. Boileau de Castelnau, médecin de Nîmes, a publié dans le *Journal de la Société de médecine pratique de Montpellier* une série d'observations de tumeurs blanches de diverses articulations qu'il dit avoir traitées avec succès par cette méthode. Voici les réflexions qu'il présente à ce sujet.

Plus la maladie est réduite à elle-même et dégagée de toute complication, plus on doit espérer que le sujet supportera l'appareil et qu'il en éprouvera du soulagement. Peu de temps après son application, le malade éprouve une forte démangeaison, même de la cuisson à la peau. L'action du calorique employé

pour sécher l'amidon tend à augmenter ces phénomènes. Aussi est-il nécessaire de le faire sécher par un feu doux ou par l'action des rayons solaires pendant la belle saison.

On ne doit permettre des mouvements au malade que lorsque les bandes sont bien sèches, que l'appareil fait corps, ce dont on s'assure en percutant. Au bout de quelques jours, par l'affaissement des parties, la diminution de l'enflure, le membre joue pour ainsi dire dans l'appareil. On ne doit pas plus tarder à le renouveler. Une fois la tuméfaction passée, l'auteur estime qu'il faut le renouveler le moins possible, et il le laisse de trente à quarante jours. Lorsque les phénomènes morbides ont disparu, il ne se hâte pas cependant d'enlever l'appareil ; il le laisse assez longtemps pour que les cicatrices intérieures et l'enkylose, si elle doit se faire, soient formées.

Du reste, son application et le temps pendant lequel on doit le laisser en place sont subordonnés à la tolérance de la partie malade, et à la présence ou à l'absence d'accidents qu'il peut déterminer. Ainsi, lorsque l'inflammation est intense, la tuméfaction rénitente, que les téguments sont enflammés, l'on doit ajourner l'application de l'appareil ; s'il est appliqué, on doit le retirer pour remplir les indications qui se présentent.

Quant à la durée totale de l'emploi de cet appareil, on voit, dans les observations de l'auteur, que les malades l'ont porté pendant un an, dix-neuf mois.

Traitement de l'incontinence d'urine nocturne par l'acide benzoïque.

M. de Fraene, chirurgien-accoucheur à Tubize, rapporte qu'une jeune fille de 15 ans, pour laquelle il fut consulté, ayant eu, à la suite de plusieurs atteintes d'arthrite aiguë, une incontinence d'urine nocturne qui, par une sorte de fausse honte de la mère, fut négligée pendant l'espace de 4 mois, il prescrivit d'abord un traitement aromatique et tonique. Mais ce traitement étant resté sans effet, et se rappelant que l'acide benzoïque avait été préconisé en pareille circonstance, il eut recours à ce dernier moyen. La jeune fille prit d'abord deux pilules le matin et autant le soir, pendant quatre jours, sans s'apercevoir d'aucun changement. On lui en fit prendre alors huit en deux fois, quatre le matin et quatre le soir. A partir de la première nuit qui suivit l'administration de ces huit pilules, l'incontinence d'urine n'eut plus lieu et cessa de se reproduire. La malade continua quelques jours encore à en prendre la même quantité ; elle en prit ensuite des doses progressivement décroissantes. La guérison ne s'est pas démentie.

Emploi de la pommade au nitrate d'argent dans l'érysipèle et les tumeurs blanches.

M. Jobert (de Lamballe) prescrit avec avantage comme traitement topique contre les érysipèles qui, à certaines époques de l'année, compliquent si fréquemment les plaies, l'usage d'une pommade au nitrate d'argent en onctions. Il fait faire trois espèces de pommades qui ne diffèrent entre elles que par la quantité de nitrate d'argent qui entre dans leur composition. On les distingue par les nos 1, 2, 3. En voici les formules :

Pommade n° 1.	Axonge.	32	grammes
	Nitrate d'argent.	4	—
Pommade n° 2.	Axonge.	32	—
	Nitrate d'argent.	8	—
Pommade n° 3.	Axonge.	32	—
	Nitrate d'argent.	12	—

L'énergie de la pommade est évidemment proportionnée à la quantité de nitrate d'argent qui entre dans sa composition.

Ce n'est point seulement dans les érysipèles que son emploi est avantageux ; M. Jobert l'emploie aussi dans les inflammations aiguës et chroniques des articulations, des os, du périoste, du tissu cellulaire, par exemple dans les arthrites violentes, les hydarthroses, les tumeurs blanches, les phlegmons, etc. ; il en a retiré de grands avantages dans ces diverses affections. Les onctions faites avec la pommade au nitrate d'argent constituent, pour M. Jobert, un des plus puissants antiphlogistiques.

Après l'application du topique les parties semblent augmenter de volume ; mais bientôt les liquides, dont l'afflux avait déterminé une sorte de turgescence, ayant été absorbés, une diminution notable se manifeste dans les parties engorgées. Ordinairement aussi des douleurs assez vives se font sentir dans les points qui viennent d'être cautérisés. La peau à leur niveau prend une couleur brun bronzé. L'épiderme se ride, puis se détache, et le derme se recouvre promptement d'une nouvelle enveloppe protectrice. Chez les femmes, les onctions déterminent quelquefois des pustules peu étendues et peu pronfondes. Dans ces cas, du reste, l'action résolutive antiphlogistique du médicament n'en est pas moins efficace.

V. ACCOUCHEMts, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

MALADIES DES FEMMES. — 6. *Remarques cliniques sur les phlegmasies chroniques de la membrane muqueuse de l'utérus et sur leur traitement.*

(Bulletin général de Thérapeutique, novembre 1846.)

La membrane muqueuse de l'utérus ne présente pas dans tous les points de son étendue la même structure et le même mode de vitalité. Il existe à cet égard une différence extrêmement tranchée entre celle qui tapisse la cavité du col et celle qui se prolonge dans le corps et dans la cavité des trompes. La première est d'une couleur blanche, très-lisse : elle présente beaucoup de lacunes muqueuses, disposées symétriquement sur les côtés des raphés médians antérieur et postérieur. Ces follicules sont tellement volumineux chez quelques femmes affectées de leucorrhée, que j'en ai pu suivre qui n'avaient pas moins de 5 millimètres de profondeur. Cette structure de la membrane muqueuse a pour résultat la sécrétion d'une matière analogue à du blanc d'œuf plus ou moins épais, qui, très-abondant chez quelques femmes, constitue une des formes les plus communes de la leucorrhée. La sensibilité de cette membrane muqueuse est très-obtuse ou nulle même dans l'état de maladie ; circonstance expliquée anatomiquement par M. Jobert, dont les belles recherches ont démontré qu'il n'existait pas de nerfs dans la partie saillante du col utérin.

La membrane muqueuse du corps diffère complétement de la précédente. On reconnaît l'aspect qui la caractérise, au niveau même de l'orifice supérieur du col utérin qui est très-étroit chez quelques femmes, et qui détermine en cet endroit la formation de petits plis froncés. Sa couleur rosée y tranche nettement avec la couleur blanchâtre de la membrane muqueuse du col ; elle est comme veloutée et présente beaucoup de porosités. Les unes plus nombreuses, plus larges, ne sont autre chose que les orifices des sinus veineux ; les autres, beaucoup plus petites, appartiennent à des follicules muqueux. Les premières fournissent dans l'utérus, aux époques menstruelles, l'exhalation sanguine qui les caractérise ; les autres fournissent un liquide terne à peine filant, qui devient très-abondant dans certaines circonstances morbides et présente alors l'aspect trouble et opalin du petit-lait. Chez quelques femmes affectées de catarrhe utérin borné au corps de l'organe, ce liquide, retenu dans l'utérus par l'étroitesse de l'orifice supérieur du col, s'y accumule et est ensuite expulsé à des intervalles plus ou moins éloignés par des tranchées utérines ayant quelque analogie avec celles de l'accouchement. Cet état, lors-

qu'il est très-prononcé, n'est autre que ce qu'on a appelé hydropisie utérine.

Ainsi, pour étudier la pathologie de la membrane muqueuse de l'utérus, il faut tenir compte de ces différences anatomiques et fonctionnelles. Il est vrai de dire cependant qu'assez souvent la membrane muqueuse tout entière se trouvant affectée, il devient difficile de distinguer les formes spéciales qu'affectent les phlegmasies de ces deux portions de la membrane muqueuse de l'organe. Aujourd'hui je m'occuperai seulement des inflammations de la membrane muqueuse du corps de l'utérus.

L'inflammation chronique de cette membrane est une affection fréquente et grave par les lésions fonctionnelles qu'elle occasionne, soit locales, soit sympathiques. Elle est d'une longue durée et difficile à guérir. Ajoutons aussi qu'elle est encore peu connue; cependant M. Récamier, qui depuis longues années a fait des maladies des femmes l'objet constant de ses études, a fait connaître des faits très-curieux concernant cette inflammation, et enrichi la thérapeutique de plusieurs moyens de traitement que nous allons bientôt rappeler.

L'on ne sera pas étonné de la fréquence de ces phlegmasies, si l'on réfléchit que cette membrane muqueuse est périodiquement sujette à une congestion sanguine dont l'écoulement menstruel est en quelque sorte la crise ou la terminaison, mais qui, exposée à une foule de dérangements sous l'influence de causes physiques et morales, laisse dans l'organe des traces plus ou moins profondes de son existence. Ajoutez à cette cause déjà très-puissante de maladies la gestation dont le cours est aussi quelquefois interrompu ou qui laisse fréquemment à sa suite des déplacements et des engorgements du parenchyme de l'utérus auquel la membrane muqueuse elle-même participe toujours plus ou moins. Ajoutez enfin certaines inflammations virulentes inoculées dans le vagin, et qui par leur tendance naturelle à se propager successivement envahissent le col, le corps de l'utérus, et se propagent même quelquefois jusqu'aux trompes. Lorsque j'étais chargé d'un service à l'hôpital de l'Ourcine, j'ai eu deux fois l'occasion de faire l'autopsie de femmes qui, depuis plusieurs années et à la suite d'écoulement blennorrhagique, avaient souffert dans les aines et avaient été affectées d'écoulement séro-purulent émané de la cavité utérine. J'ai trouvé chaque fois l'une des trompes (la gauche, car c'est de ce côté surtout que les malades souffrent en général) très-volumineuse, à tel point que chez l'une d'elles elle égalait le volume du petit doigt, contournée sur elle-même et tortueuse, tapissée par une membrane très-rouge veloutée, comme

celle de l'utérus, parsemée de valvules analogues aux valvules conniventes de l'intestin, et remplie d'un liquide semblable à du petit-lait trouble. Il est facile de concevoir, pour le dire en passant, qu'une inflammation semblable puisse se propager au delà des trompes et se communiquer au péritoine. Aussi ai-je vu plus d'une fois, chez de jeunes femmes depuis longtemps atteintes d'écoulement blennorrhagique négligé, survenir tout à coup des douleurs vives dans l'une des fosses iliaques, douleurs qui successivement se sont propagées à tout le péritoine qui tapisse la partie inférieure de l'abdomen. Ces péritonites, bien que graves en elles-mêmes, le sont beaucoup moins que la plupart des autres péritonites, lesquelles intéressent la séreuse péritonéale dans sa presque totalité. Je n'ai même pas, pour ma part, eu l'occasion d'observer des cas mortels à la suite de cette forme d'inflammation péritonéale.

L'anatomie pathologique de la membrane muqueuse de l'utérus laisse encore beaucoup à désirer ; je l'ai vue rouge, gonflée, pouvant se détacher par lambeaux du parenchyme de l'utérus, auquel elle est intimement unie dans l'état normal. J'y ai vu une fois plusieurs granulations miliaires formées par un tissu rouge et friable ; mais la pratique très-riche de M. Récamier a fait connaître des particularités fort curieuses que nous rattacherons à l'histoire de cette phlegmasie. Le premier, il a signalé la formation de granulations ou de végétations, variant pour le volume, irrégulières, tantôt denses, blanchâtres et demi-fibreuses, tantôt molles, rouges, vasculaires, et semblables à un détritus de placenta. Ce praticien les compare à des hémorrhoïdes. La présence de ces végétations n'a encore été démontrée que chez la femme vivante au moyen de l'éradication que M. Récamier pratique à l'aide d'une curette non tranchante introduite dans le corps de l'utérus. Ce médecin m'a souvent montré de ces végétations, j'en ai plus tard aussi extrait moi-même, et j'en ai vu récemment chez plusieurs femmes opérées sous les yeux des élèves qui suivent mes visites à l'hôpital Beaujon. Aussi ma conviction est-elle inébranlable à ce sujet ; cependant je conviens que des nécropsies sont nécessaires pour éclairer et fixer tout à fait ce point important d'anatomie pathologique. Du reste, on trouve dans la pathologie de diverses autres membranes muqueuses, et en particulier de la conjonctive de l'œil, qui offre beaucoup d'analogie de texture avec la membrane muqueuse de l'utérus, des altérations fort analogues à celles dont nous parlons. Ne voit-on pas tous les jours, à la suite des conjonctivites purulentes aiguës ou chroniques, se former des granulations, des végétations même

d'un volume remarquable? Pourquoi n'en serait il pas de même de la membrane muqueuse de l'utérus? Peut-être saisira-t-on mieux cette analogie lorsque tout à l'heure je vais m'occuper du traitement.

Du reste, les granulations utérines occupent rarement toute la surface de l'organe ; elles m'ont paru le plus souvent bornées à peu d'étendue, et siéger principalement sur la face postérieure de l'utérus et le voisinage des orifices des trompes. Y aurait-il quelque rapport entre cette circonstance et l'implantation du placenta qui, comme on sait, a lieu assez souvent dans ces régions? C'est une question à examiner. M. Récamier a observé que la cavité utérine acquiert plus d'ampleur et que le tissu de l'utérus semble s'amincir et se rammollir quelquefois au niveau des parties affectées. Il m'a fait voir, il y a quelques mois, à l'Hôtel-Dieu, une jeune femme atteinte de semblables granulations occupant surtout la paroi postérieure de l'utérus, laquelle pouvait être facilement sentie à travers le rectum et le vagin, où elle formait une saillie remarquable molle et douloureuse au toucher. Cette circonstance est très-importante, comme on verra plus tard, au point de vue de certaines opérations appliquées par M. Récamier au traitement de cette maladie.

Le plus ordinairement c'est à la suite de couches ou de fausses-couches que se manifeste l'inflammation subaiguë de la membrane muqueuse de l'utérus. Les malades éprouvent, suivant le siége plus spécial de cette inflammation, des douleurs dont le siége lui-même est variable. Tantôt elles ont lieu à l'hypogastre ou dans les aines, le plus souvent à gauche ; d'autres fois, c'est à la base du sacrum ou au croupion. Ces douleurs augmentent par la marche ou la station verticale ; en général, aussi, aux approches menstruelles. Il est cependant des cas opposés dans lesquels c'est surtout après ces époques que les douleurs dont il s'agit sont plus fortes. Elles sont tantôt gravatives, tantôt lancinantes, et quelquefois elles ressemblent à celles que ferait éprouver une écorchure ou une brûlure. Il existe souvent aussi en même temps un écoulement utérin plus ou moins abondant, mucoso-purulent ou purulent. Chez quelques femmes cet écoulement est intermittent, et a lieu brusquement à la suite de petites tranchées ; les malades s'aperçoivent alors de l'écoulement brusque, par le vagin, d'un liquide analogue au petit-lait, et en quantité quelquefois assez grande pour les obliger à se garnir.

Lorsqu'il existe dans l'utérus des granulations rouges, molles et vasculaires, il se joint à l'écoulement aqueux des pertes sanguines étrangères aux époques menstruelles. Chez quelques

femmes il paraît un peu de sang une ou deux fois dans l'intervalle de ces époques; chez d'autres, l'écoulement sanguin est presque continuel. J'ai vu récemment à l'hôpital Beaujon une jeune femme qui, depuis quatre ans, perdait presque continuellement du sang, à tel point qu'elle avait été réduite à un état extrême de pâleur et d'anémie.

A ces symptômes locaux se joignent des phénomènes sympathiques très-remarquables. Les plus fréquents s'observent à l'estomac, dont les fonctions sont troublées d'une manière souvent extraordinaire. Ce sont des tiraillements à l'épigastre, des envies de vomir, des vomissements glaireux, quelques femmes éprouvent aux seins de fréquentes douleurs. Si l'on examine les malades au moyen du toucher rectal ou vaginal, on trouve le col souvent dévié, et surtout en rétro-flexion, et le corps de l'utérus mou, volumineux, douloureux à la pression.

L'examen au spéculum apprend peu de chose : il fait seulement reconnaître la présence du liquide purulent ou mucoso-purulent dans l'orifice vaginal du col, souvent compliquée d'excoriations à la surface des lèvres du museau de tanche. Quant au toucher, il n'apprend évidemment rien sur l'état de la membrane muqueuse de l'utérus, et c'est là la circonstance qui a conduit M. Récamier à pénétrer jusque dans la cavité de l'organe, afin d'en explorer directement la surface; ces explorations peuvent être exécutées soit à l'aide de tiges métalliques légèrement courbées, soit à l'aide d'une curette *ad hoc* imaginée par ce praticien.

Lorsqu'il n'existe point de granulations à la surface muqueuse de l'utérus, ces instruments dans les divers mouvements qu'on leur imprime, donnent à la main du chirurgien la sensation d'un frottement sur une surface lisse; dans le cas contraire, l'instrument donne la sensation d'une surface raboteuse et granulée, lorsque l'opérateur est assez heureux pour arriver sur la surface malade, ce qui, évidemment, ne doit pas toujours avoir lieu.

Enfin, lorsqu'à l'aide de la curette on exécute quelques mouvements de circumduction dans l'utérus, de manière à ce que les bords de celle-ci frottent avec un peu de force contre la surface supposée malade, il n'est pas rare de ramener avec l'instrument des débris irréguliers où se trouvent, en plus ou moins grande quantité, les granulations de formes et de volumes divers décrites us haut.

Les moyens ordinairement employés pour combattre les engorgements de l'utérus sont le plus souvent insuffisants pour triompher de la phlegmasie chronique de la membrane muqueuse, et surtout des granulations qui lui succèdent et qui en forment

alors le principal caractère. Ainsi, il n'est pas rare de voir des femmes, qui depuis très-longtemps sont au repos, soumises à l'emploi répété des saignées, des révulsifs extérieurs et des médicaments réputés résolutifs ou fondants, rester dans le même état. C'est alors qu'il est naturel de chercher si la cause qui entretient les symptômes ne doit pas être directement attaquée. C'est là le problème qui a été abordé, et résolu, suivant nous, avec bonheur, par M. Récamier. Il s'est demandé si, dans le cas de phlegmasie chronique simple, il ne serait pas convenable d'employer des cautérisations transcurrentes ou légères avec le nitrate d'argent dans l'utérus, pratique d'autant plus rationnelle, que dans d'autres régions du corps et dans les mêmes circonstances ces cautérisations sont employées avec succès; enfin, si dans le cas où, par l'exploration intra-utérine, on aurait reconnu l'existence de granulations ou végétations, il ne serait pas nécessaire de les détruire d'abord, puis d'en cautériser la place avec le même agent chimique.

Nous allons examiner les procédés opératoires au moyen desquels ces indications sont remplies.

Pour faire pénétrer dans l'utérus les instruments explorateurs, ou ceux qui ont pour objet de détruire les végétations supposées existantes, la malade doit être couchée sur un canapé, le siége fortement soulevé par un coussin, tandis que l'opérateur, placé à sa droite, engage dans le vagin soit l'indicateur seul, soit l'index et le médius de la main droite. Le col étant reconnu, il faut d'abord, si la position en est vicieuse, le replacer suivant l'axe du vagin au moyen du doigt; puis, tandis que celui-ci est appuyé contre le col utérin, introduire dans le vagin, à l'aide de la main gauche, l'instrument explorateur (c'est ordinairement une curette légèrement courbée dans sa longueur, de manière à s'accommoder aux divers axes du bassin); on guide cet instrument le long du doigt placé dans le vagin et on l'engage avec douceur dans l'orifice vaginal du col, en ayant soin que la concavité en soit placée en avant du côté de la symphise du pubis. Lorsqu'il est ainsi engagé, on le pousse doucement dans le col, en ayant soin d'en faire basculer le manche légèrement en arrière. Chez quelques femmes on arrive sans difficulté dans la cavité du corps utérin, et on reconnaît cette pénétration par les faciles mouvements de circumduction que l'instrument peut y exécuter, par la profondeur à laquelle l'instrument lui-même a pénétré; enfin si, avec la main gauche, on déprime la paroi abdominale à l'hypogastre, tandis qu'avec la droite on appuie doucement la sonde contre le fond de l'utérus que l'on porte avec douceur en avant, il est fa-

cile de sentir l'extrémité supérieure de l'instrument. Mais il n'est pas toujours aussi facile de pénétrer. Chez quelques femmes l'orifice supérieur du col utérin, naturellement serré, se contracte sous l'influence du contact de l'instrument qui se trouve alors invinciblement arrêté au-dessous de lui ; il faut alors suspendre les tentatives et rester immobile pendant quelque temps ; on finit quelquefois par pénétrer.

Dans d'autres cas, on est plus heureux en faisant exécuter à l'instrument de légers mouvements de circumduction.

Une autre source de difficultés dans cette opération tient aux positions vicieuses que l'utérus a contractées, et surtout aux déviations du corps ; d'où il résulte que l'orifice supérieur du col n'a plus sa direction normale. Lorsqu'on reconnaît un obstacle de cette nature, il faut, au moyen du doigt ou des doigts laissés dans le vagin, refouler, repousser le corps dans telle ou telle direction, de manière à lui donner une position plus favorable ; quelquefois même dans les cas de rétro-flexion, on peut avec avantage introduire les doigts dans la cavité du rectum pour repousser le corps en avant. Il n'est pas sans exemple de rencontrer des obstacles invincibles à la pénétration. Il vaut mieux alors suspendre entièrement l'opération et l'ajourner. Dans aucune circonstance il ne serait permis d'user de violence, car on s'exposerait à déchirer les parois intérieures et à pénétrer dans le péritoine. Il faut se tenir d'autant plus en garde contre cet accident que, suivant l'observation de M. Récamier, le tissu de l'utérus, aminci et ramolli chez quelques femmes, se laisserait facilement traverser.

Lorsque la curette a pénétré dans le corps de l'utérus, on lui imprime de légers mouvements de haut en bas et de circumduction, afin d'explorer successivement tous les points de la surface interne de l'organe. Si, par les sensations obtenues dans ces manœuvres, le chirurgien reconnaît que la surface est lisse, l'exploration est terminée ; mais si quelques points sont plus spécialement douloureux, si le bec de la curette semble glisser sur une surface raboteuse, il faut diriger la concavité de l'instrument contre cette surface, en appuyant légèrement contre elle ; puis, par des mouvements latéraux de raclement, faire frotter plusieurs fois les bords de la curette contre la surface supposée malade. De cette manière, on aura à la fois complété l'exploration, et pratiqué, en partie, l'abrasion des granulations qui constituent le caractère principal de la maladie. La curette, ramenée au dehors avec précaution, contient alors dans sa concavité plusieurs débris

de celles-ci, et quelquefois même des lambeaux très-considérables dont la nature est très-facile à reconnaître.

Bien que douloureuse, cette opération n'est jamais ou presque jamais suivie d'accidents sérieux. Quelques bains, le repos, quelquefois même de légers antispasmodiques suffisent pour rétablir le calme. Elle est suivie d'un léger écoulement, d'abord sanguinolent, puis séro-sanguinolent, qui se supprime au bout de trois ou quatre jours. Quelques jours après, on peut recourir à de nouvelles tentatives d'abrasion, si la première a été supposée incomplète ; puis il est nécessaire de recourir à la cautérisation transcurrente, au moyen du nitrate d'argent fondu. M. Récamier juge cette médication nécessaire, soit pour modifier la membrane muqueuse utérine, soit pour empêcher la reproduction des fongosités. Il l'exécute au moyen d'une sonde courbe très-volumineuse, qui, aux dimensions près, ressemble beaucoup aux sondes à cautériser l'urètre, employées par le professeur Lallemand. L'instrument étant introduit dans l'utérus suivant les règles précédemment tracées, on retire légèrement la canule de manière à ce que la curette porte-caustique soit mise à découvert ; puis, par des mouvements variés de haut en bas, et de circumduction, exécutés avec ménagement, on présente successivement le caustique à tous les points de la membrane muqueuse, et notamment à ceux que l'on suppose malades ; puis on repousse la canule sur la tige, de manière à recouvrir la curette porte-caustique, et l'on retire l'instrument. Cette opération est peu douloureuse ; elle a pour résultat immédiat d'opérer un retrait, une contraction remarquable dans les fibres de l'utérus. C'est à tel point que, chez quelques femmes, on éprouve de la difficulté à extraire la sonde dont l'extrémité, présentant un léger renflement olivaire, est retenue au-dessus de l'orifice utérin du col.

Il semble hardi, peut-être téméraire de prime abord de porter ainsi un agent irritant et caustique dans l'intérieur d'un viscère placé si près du péritoine, dont il est même en grande partie recouvert, et lié à l'organisation tout entière par de si nombreuses sympathies ; mais l'expérience de M. Récamier est tout à fait propre à rassurer sur ces craintes, et, bien que nous l'ayons pratiquée dans nos salles, à l'hôpital Beaujon, un assez grand nombre de fois, jamais on ne l'a vue suivie d'accident sérieux. Voici du reste quelles en sont les suites.

Chez la plupart des femmes, c'est d'abord une douleur hypogastrique obtuse, s'irradiant aux aines et aux lombes, accompagnée d'un écoulement aqueux ou sanieux ; puis un léger mouvement fébrile qui se dissipe au troisième ou quatrième jour.

Quelquefois à cette époque on voit survenir un gonflement douloureux des seins, des douleurs épigastriques. Mais chez quelques femmes plus irritables il se manifeste, quelques heures après la cautérisation, des douleurs utérines analogues à des tranchées; ces douleurs s'irradient au cou, et déterminent une sensation de strangulation; elles ont quelquefois une intensité telle, qu'elles arrachent des cris aux malades. Chez les unes il y a des vomissements, chez d'autres, des douleurs sous forme de crampes; en un mot, ce sont des phénomènes nerveux de forme variée. Un caractère important, qui sert à faire distingner les douleurs utérines nerveuses de celles qui dépendraient d'une métro-péritonite, c'est que le ventre n'est pas sensible à la pression, et que même celle-ci, déterminée sur le fond de l'utérus, produit assez souvent un soulagement manifeste. Il est bon d'être prévenu de la possibilité de ces orages que l'on calme aisément par un bain, des cataplasmes laudanisés sur l'hypogastre, et l'emploi de quelques cuillerées d'une potion antispasmodique. Cependant quelquefois il survient des phénomènes inflammatoires inévitables qui peuvent nécessiter l'emploi de la saignée générale ou locale; mais, je le répète, ces symptômes sont toujours modérés, nous n'en avons jamais vu de graves; et M. Récamier, dont l'expérience est si grande sur ce point, nous a assuré n'avoir jamais observé de suites fâcheuses.

Quant aux effets thérapeutiques de la cautérisation, voici ceux que l'on observe le plus communément. La vive stimulation déterminée à la face interne de l'utérus amène des modifications dans son état organique. L'écoulement, qui d'abord était purulent, diminue bientôt, et dans les cas heureux se supprime tout à fait. Le tissu de l'utérus se contracte, de sorte que si quelques points du corps étaient plus engorgés, si la cavité était dilatée, l'engorgement diminue, la cavité se rétrécit et l'organe dans son ensemble devient moins lourd, moins volumineux. La plupart des femmes qui, avant l'opération, ne pouvaient pas se tenir debout sans éprouver de vives douleurs, ou sans avoir l'hypogastre soutenu par une ceinture, sont considérablement soulagées et peuvent marcher plus librement. Enfin les malades qui étaient sujettes à des pertes sanguines survenant lors des époques menstruelles, et dont la santé avait disparu par suite de ces hémorrhagies, voient les pertes cesser, les forces et la santé reparaître. Je ne puis n'empêcher de rappeler à ce sujet l'observation d'une jeune femme couchée il y a peu de temps dans nos salles, qui depuis quatre ans ne cessait de perdre du sang; la maladie remontait à une couche, et l'avait tellement affaiblie qu'elle offrait

une pâleur extrême et tous les caractères de l'anémie. Une première exploration avec la curette amena au dehors une quantité assez grande de lambeaux rouges analogues à du tissu placentaire. Cette première opération l'avait déjà soulagée. Je fus longtemps avant de pouvoir cautériser l'utérus dont le corps, fortement incliné en arrière, formait obstacle à la pénétration de la sonde. Je finis cependant par arriver, et deux cautérisations furent pratiquées à un mois de distance l'une de l'autre. Sous l'influence de ce traitement les hémorrhagies se sont complétement arrêtées; les époques menstruelles sont aujourd'hui régulières ; la santé générale s'est rétablie, et cette malade, guérie depuis plusieurs mois, vient souvent des Batignolles, où elle habite, à la consultation de l'hôpital ; tous les élèves ont pu constater ces heureux résultats.

Pour nous résumer, la cautérisation intra-utérine au moyen du nitrate d'argent à pour effet de modifier la vitalité de la membrane muqueuse, lorsque celle-ci est le siége d'une phlegmasie chronique, et surtout qu'elle donne naissance à des fongosités cellulo-vasculaires. Elle peut agir aussi sur le tissu utérin dont elle excite la contractilité.

Indépendamment des faits qui établissent cette doctrine, l'on pourrait invoquer l'analogie qui nous fait voir que sur d'autres membranes muqueuses la même médication est tous les jours employée avec avantage; et, pour citer la conjonctive dont la structure a, par sa ténuité, de l'analogie avec celle de la membrane muqueuse de l'utérus, ne voit-on pas, dans les inflammations de cette membrane accompagnées de granulations, de végétation, les cautérisations transcurrentes répétées avec le nitrate d'argent, être suivies des plus heureux succès ? Quant à l'abrasion des fongosités conseillée par M. Récamier, elle est rationnelle et appuyée par ce qu'on observe sur cette même membrane conjonctive, où l'on voit quelquefois des végétations tellement volumineuses, qu'on ne pourrait les détruire avec le caustique seul, et qu'il faut préalablement les ébarber avec l'instrument tranchant. Au reste, comme ce n'est pas avec des raisonnements, mais avec des faits que l'on apprécie les méthodes thérapeutiques, je me réserve, dans un prochain article, de passer en revue les cas principaux qui se sont succédé depuis quelques mois dans mon service, à l'hôpital Beaujon, et de présenter en détail quelques-uns de ces faits.

7. *Des indications thérapeutiques en général dans l'aménorrhée;* par le docteur Duclos.

(Bulletin général de Thérapeutique, novembre 1846.)

Il n'est peut-être pas de maladie où l'emploi des moyens thérapeutiques exige une direction plus raisonnée et plus judicieuse que l'aménorrhée. S'il est vrai que les médicaments n'ont pas une valeur absolue, mais bien subordonnée à leur mode d'administration et à diverses conditions qui peuvent modifier leur emploi, c'est surtout à propos d'une affection dont la forme et l'origine présentent une aussi grande variété. Il n'y a pas de médicaments emménagogues dont l'action puisse être affirmée à l'avance au même titre et avec la même certitude que pour un grand nombre d'autres agents thérapeutiques.

Lorsqu'on administre des substances purgatives, et certaines en particulier, on peut généralement prévoir leur action, la diriger, l'augmenter ou la restreindre; en sorte qu'à part certaines influences exclusivement individuelles, l'effet physiologique, sinon thérapeutique, est véritablement à la disposition du médecin. La médication vomitive a le même caractère. Il peut arriver sans doute que telle ou telle condition inappréciable d'une manière générale, oblige à changer le médicament, à varier même sa forme, sinon sa nature ; mais il est toujours possible d'obtenir l'effet physiologique en vue duquel on l'administre, le vomissement. Il en est de même encore de la médication topique. La certitude du résultat qu'on cherche à produire n'est aussi grande dans aucune autre médication. On peut toujours déterminer certains phénomènes, certaines actions physiologiques, sinon thérapeutiques, obtenir certaines modifications.

Ainsi et d'une manière générale, dans tous les cas où les médicaments ont une action directe, le résultat peut être prévu, et souvent avec une certitude si complète, qu'on peut le diriger à volonté. Il n'en est plus de même dans les conditions si communes en pathologie où l'action indirecte du médicament échappe en un certain point à celui qui le prescrit. Alors que les effets locaux et immédiats sont toujours appréciables à chaque moment de leur durée, les effets généraux et indirects sont toujours incertains. Il y a entre le point d'application du médicament et celui sur lequel doit porter son action un intermédiaire qui subit l'influence du remède, sans qu'il soit possible de modifier la nature de cette influence, ni de la diriger.

Nous nous bornerons dans ce travail à rechercher deux faits. D'une part les considérations dans lesquelles on doit puiser les indications thérapeutiques de l'aménorrhée ; d'autre part le mo-

ment opportun auquel il convient de recourir à l'emploi des moyens emménagogues.

L'aménorrhée se produit sous l'influence des causes les plus variées, dont il importe d'apprécier la nature et le mode d'action au lieu de se préoccuper exclusivement du résultat commun auquel toutes aboutissent, c'est-à-dire la suppression du flux menstruel. C'est surtout dans trois conditions générales qu'elle survient. Dans certains cas, une fluxion vive s'établit vers un organe soit primitivement, soit à la suite de quelque altération préalable ; le poumon chez un tuberculeux, le foie dans les diverses lésions chroniques de ce viscère, les autres organes dans quelques maladies également spéciales. Les diverses phlegmasies pulmonaires, hépatiques, rénales ou autres, à quelque cause qu'elles se rattachent d'ailleurs, aboutissent encore au même résultat, c'est-à-dire au travail congestif permanent qui absorbe les efforts de l'économie tout entière et supprime les congestions partielles qui se feraient physiologiquement ou à l'état morbide dans quelque autre point. C'est là une condition commune. L'aménorrhée a sa source dans une fluxion vive qui, portée sur un autre organe, prévient et empêche la fluxion qui doit se faire physiologiquement à certains moments du côté de l'utérus.

D'autres fois, sous des influences variées et dont quelques-unes sont encore inappréciables, les règles se suppriment soit au moment même du flux cataménial, soit dans l'intervalle de deux époques. Une congestion violente se fait alors consécutivement vers quelque organe, le poumon, le foie, par exemple, puis cette fluxion anormale devient elle-même ultérieurement la cause de l'aménorrhée, en sorte qu'ici le même fait se trouve être à la fois produit et cause de la même maladie. La suppression du flux menstruel par suite de refroidissement, d'émotions morales vives, n'a ni un autre résultat ni plus tard une autre origine. La condition est donc en définitive la même, aboutit au même résultat, c'est-à-dire une congestion vive de quelque organe détournant la fluxion qui doit se faire physiologiquement vers l'utérus.

L'aménorrhée se lie souvent encore à deux autres causes complétement différentes, et même à certains égards opposées, soit dans leur nature, soit dans leur mode d'action. Tantôt elle a son origine dans un état pléthorique très-prononcé, soit qu'alors la plasticité trop grande du sang ne permette pas son exhalation à la surface interne des organes génitaux, soit même que l'utérus ne devienne pas le siége de congestions périodiques. D'autres fois, au contraire, c'est à la chlorose, ou à quelque altération générale et profonde de l'économie qu'il convient de la rapporter.

Telle est l'aménorrhée qui survient dans les diverses cachexies, en l'absence de toute affection locale. Telle est celle qui succède à l'intoxication miasmatique prolongée, celle qui survient dans les diverses diathèses avant même qu'aucune lésion oganique déterminée se manifeste.

Il y a donc, et dans la nature et dans le mode d'action des causes de l'aménorrhée, des différences capitales qu'on ne doit jamais perdre de vue, parce que chacune d'elles imprime à la maladie une marche et une forme spéciales. L'aménorrhée subordonnée à l'état pléthorique, par exemple, est, au double point de vue et de la pathologie et de la thérapeutique, extrêmement éloignée de celle qui se lie à un état de chlorose. Ce sont deux affections distinctes avec la même dénomination. Elles n'ont de commun que le simple fait de la suppression du flux menstruel, et ce n'est voir qu'une des faces de la maladie que de se réduire à l'observation exclusive de ce fait.

Il suit de là que le traitement de l'aménorrhée ne peut jamais se formuler d'une manière générale qui embrasse à la fois toutes les formes si diverses de la maladie. C'est dans la cause même de l'affection qu'il convient de chercher les indications thérapeutiques, et comme cette cause est essentiellement variable, le traitement de l'aménorrhée se réduit véritablement à une série de médications différentes.

On ne saurait trop insister sur ce fait, parce qu'il explique à la fois et les nombreux insuccès de la médication emménagogue, et les dangers sérieux que présente l'administration de certains médicaments. Expliquons ces deux idées.

Il suffit souvent que l'on constate l'aménorrhée, c'est-à-dire le simple fait de la suppression des règles, pour qu'aussitôt on ait recours à certaines préparations médicamenteuses auxquelles on attribue des propriétés spécifiques. On prescrit donc alors, soit des composés ferrugineux, ce qui arrive le plus communément, soit quelques autres préparations excitantes, au moyen desquelles on cherche à établir une fluxion du côté de l'utérus. Qu'arrive-t-il alors ? Qu'on détermine une excitation générale ; mais aussi que le travail fluxionnaire s'opère là où existe déjà une stimulation, un point d'appel, vers le poumon chez un tuberculeux, vers tous les organes qui sont le siége de congestions anormales ; en sorte qu'au lieu de favoriser la fluxion du côté de l'utérus, on agit exclusivement dans le sens des diverses fluxions morbides qui existent déjà. Voilà pourquoi les médicaments emménagogues en général semblent d'un effet si incertain. Voilà aussi pourquoi, dans quelques cas, leur emploi présente de grands dangers.

Qu'un malade, en effet, soit atteint de tubercules pulmonaires, même à un degré peu avancé : en déterminant ainsi chaque jour, par une administration prolongée de moyens excitants qui manquent leur but et dont l'action est véritablement détournée, une série de fluxions vers le poumon, on produit un état congestif, ou même phlegmasique de l'organe, qui hâte singulièrement le développement des tubercules. C'est en raison de ce fait, que le fer, le plus puissant des toniques reconstituants, exerce dans la tuberculisation pulmonaire une si fâcheuse influence. L'excitation qu'il détermine se concentre particulièrement dans les parties qui, déjà congestionnées ou même enflammées, sont de véritables points d'appel pour toutes les fluxions. Ce qui a lieu pour les altérations tuberculeuses des organes parenchymateux a lieu également pour toutes leurs autres affections, et même pour les lésions si variables qui peuvent atteindre jusqu'aux surfaces membraneuses.

Il faut donc reconnaître que, dans les aménorrhées, ce qui doit surtout préoccuper le médecin, c'est la cause et en quelque sorte la nature même de la maladie; que cette cause n'est pas toujours identique à elle-même, et que dès lors sa variété empêche de formuler une médication applicable à tous les faits particuliers. La thérapeutique de l'aménorrhée doit être fondée sur ce principe.

Lorsqu'on a déterminé la nature de l'aménorrhée, et par suite la médication spéciale dont il convient de faire choix, le problème n'est pas encore complétement résolu. Deux procédés différents se présentent alors, ou bien on administre immédiatement les diverses préparations emménagogues, ou bien on cherche à calculer les époques précises auxquelles devraient apparaître les règles en les supposant non interrompues, et on saisit ce moment pour en prescrire l'emploi. Ce sont là deux procédés également vicieux, bien que d'un usage assez général.

Le premier a l'inconvénient que nous avons signalé, d'agir, non dans le sens de la fluxion utérine qui n'existe pas, mais dans le sens des diverses congestions morbides qui se sont préalablement établies du côté de tel ou tel organe. Il est donc inutile et souvent dangereux.

Le second est d'une application véritablement impossible. Si l'on considère, en effet, que l'écoulement menstruel ne se fait pas chez toutes les femmes à des époques également distantes ; que chez la même femme, d'ailleurs, ces époques ne sont pas très-régulièrement périodiques, on comprend comment, après un certain temps, il devient tout à fait impossible, soit aux malades,

soit au médecin, d'indiquer, même approximativement, l'époque à laquelle devrait reparaître le flux cataménial. Le problème, d'ailleurs, fût-il facile à résoudre, la thérapeutique n'y gagnerait rien encore. Ce n'est pas nécessairement à ce moment si difficile à déterminer que se produisent des congestions utérines. Le flux menstruel, lorsqu'il a été supprimé pendant un certain temps, ne reparaît pas à des époques qui correspondent exactement aux premières.

Le traitement de l'aménorrhée, compris suivant l'une ou l'autre de ces deux manières, place donc entre deux inconvénients également sérieux ; d'une part, des résultats toujours inconstants, souvent nuisibles, si dès le premier jour et pendant toute la durée de la maladie on administre des préparations emménagogues ; d'autre part, une difficulté très-grande et dont la solution est sans intérêt pour la thérapeutique, si l'on essaye de déterminer, par la connaissance des époques précédentes, l'époque probable du retour des règles. C'est donc ailleurs qu'il faut chercher le moyen d'apprécier l'opportunité de la médication.

L'observation d'un fait qui se rencontre dans tous les cas d'aménorrhée, et qu'on retrouve même dans la grossesse, permet d'éviter cette administration intempestive de moyens emménagogues.

A quelque cause que se rattache la suppression du flux menstruel, il arrive le plus souvent qu'il s'établit du côté de l'utérus certaines fluxions insuffisantes pour amener un écoulement sanguin, mais toujours parfaitement appréciables. Chez certaines femmes, tous les mois, chez d'autres, à des époques plus éloignées, mais encore régulières, chez le plus grand nombre, enfin, à des moments complétement variables, il se fait des congestions utérines qui se révèlent par certains symptômes. Quelques douleurs dans les reins, un sentiment de plénitude et de pesanteur dans le bas-ventre, une céphalalgie assez intense avec un peu de développement du pouls, une modification notable dans le caractère, annoncent ordinairement cette congestion utérine. Ces phénomènes sont tous ceux qui se rencontrent habituellement à chaque époque de la menstruation, variables par conséquent suivant chaque individu. Ce qu'on peut dire de plus général, c'est qu'ils rappellent complétement à chaque femme les époques des règles. C'est, en quelque sorte, la menstruation, moins l'écoulement sanguin.

Qu'arrive-t-il si l'on profite du moment où une congestion spontanée s'est établie du côté de l'utérus pour administrer les emménagogues ? Qu'on aide à la fluxion, et que le travail con-

gestif cesse d'être insuffisant pour produire l'écoulement sanguin.

L'excitation qu'on détermine ne porte plus sur tel ou tel autre point. Elle se concentre vers l'utérus ; elle agit dans le sens de la fluxion spontanée qui y est survenue. Comme l'a dit si ingénieusement M. le professeur Trousseau, c'est la goutte d'eau qui fait déborder le verre déjà plein.

Il y a donc dans l'administration des emménagogues un moment opportun qu'il faut savoir choisir ; soit qu'on le devance, soit qu'on le laisse passer, on s'épuise en efforts inutiles et quelquefois nuisibles. C'est lorsque l'utérus devient le siége d'une congestion spontanée qu'il convient d'exciter cette congestion, de l'augmenter à l'aide de certains moyens. On ne produit véritablement pas le retour du flux menstruel ; on le favorise avec plus ou moins d'énergie. Aussi ne faut-il pas s'enquérir de l'époque à laquelle apparaissaient les règles à l'état normal, afin de déterminer par là le moment probable de leur retour ; ce qu'il convient de faire, c'est de ne pas laisser échapper certains phénomènes qui indiquent une congestion utérine spontanée, qui en donnent la mesure. Ils ont pour le thérapeutiste une grande signification. Ce n'est qu'en exagérant ce travail naturel, en agissant dans le sens de cette fluxion, qu'on parvient à rétablir l'écoulement menstruel. Le fait physiologique et l'action thérapeutique se complètent l'un par l'autre.

Nous trouvons donc dans l'étude même de l'aménorrhée, et avant d'interroger les résultats de l'expérience, les bases de sa thérapeutique. La nature de la médication, le moment auquel il convient d'y recourir, se trouvent rigoureusement déterminés. Ces deux faits, à eux seuls, contiennent véritablement toute la médication emménagogue. Le choix du médicament reste une question secondaire quand ces deux premières sont résolues.

Nous ne voulons ni indiquer les moyens dont se compose la médication emménagogue, ni rechercher leur valeur relative. Nous nous bornerons à rapporter deux faits qui confirment les vues théoriques que nous avons émises sur l'opportunité de la médication, en même temps qu'ils établissent la puissance des préparations d'iode. Ils ont été recueillis tous deux dans le service et sous le contrôle de M. le professeur Trousseau.

Le 13 octobre 1845, entre à l'hôpital Necker (salle Sainte-Anne, n° 13), la fille Plebeau (Emilie), couturière, âgée de vingt-six ans. Cette malade, d'une constitution assez robuste, d'un tempérament sanguin, avait été réglée pour la première fois, à l'âge de dix-huit ans. Les règles apparaissaient exactement

chaque mois, pendant deux jours, sans être précédées ni suivies de leucorrhée. A chaque époque menstruelle, la fille Plebeau éprouvait des douleurs lombaires, avec pesanteur dans le bas-ventre et céphalalgie, sans fièvre d'ailleurs. Elle accoucha en mai 1845. Six semaines après, les règles reparaissent et continuent régulièrement.

Au mois de septembre, la malade est prise de blennorrhagie, puis le mois suivant, d'arthrite blennorrhagique du genou droit, et, à partir de cette époque, les règles se suppriment complétement. Elles apparaissent pour la dernière fois le 6 octobre. Depuis ce moment, l'arthrite blennorrhagique continue sa marche et en même temps aucun symptôme n'annonce l'apparition prochaine du flux menstruel.

Vers le mois de mars 1846, sous l'influence d'un traitement suivi avec une grande régularité, l'arthrite blennorrhagique s'était très-notablement amendée, lorsque, le 17 mars, la malade se plaint de vives douleurs dans les reins, avec pesanteur dans le bas-ventre, céphalalgie, un ensemble de symptômes en un mot qu'elle compare à ceux qu'elle éprouvait habituellement à chaque époque menstruelle. En même temps, les douleurs du genou augmentent notablement.

Cet état persiste le 18. On prescrit alors un julep avec un gramme de teinture d'iode.

Dans la nuit du 18 au 19, les règles apparaissent, plus abondantes qu'elles ne l'étaient ordinairement. On continue la teinture d'iode : les règles durent le 19, le 20 et le 21, puis disparaissent dans la soirée du 22 pour faire place à un peu de leucorrhée.

Ainsi, des règles se supprimant à l'occasion d'une fluxion vive dans un point de l'économie, puis une congestion spontanée sans exhalation sanguine se faisant vers l'utérus à un moment qui ne correspond pas à l'époque des règles dans l'état habituel ; enfin, cette fluxion utérine exagérée et poussée jusqu'à déterminer un écoulement de sang, au moyen de la teinture d'iode, tels sont les faits qui ressortent de cette observation. Nous les retrouvons également dans l'exemple suivant :

Le 9 février 1846, entre à l'hôpital Necker la fille Sophie Barran, âgée de vingt-un ans, domestique. Réglée pour la première fois à onze ans et demi, elle était sujette à de grandes irrégularités de la menstruation, les règles apparaissent tantôt avec un, deux et même trois mois de retard, tantôt avec huit, dix et jusqu'à quinze jours d'avance. Elles duraient chaque fois trois jours à peu près, sans être précédées ni suivies de leucorrhée.

Au mois d'août 1845, la fille Barran est prise d'une entérite qui passe rapidement à l'état chronique, et persiste encore avec une assez grande intensité au moment de son entrée à l'hôpital. A partir de ce moment, les règles diminuent d'abondance, en même temps qu'il survient de la leucorrhée, puis les règles et la leucorrhée marchant en sens inverses, l'écoulement sanguin finit par se supprimer complétement et les époques menstruelles ne sont plus marquées que par des symptômes généraux et un écoulement leucorrhéique abondant.

La malade entre à l'hôpital dans un état chlorotique très-prononcé, qui s'amende bientôt sous l'influence des préparations ferrugineuses.

Vers la fin de février, elle est prise de douleurs de reins avec céphalalgie, malaise général, symptômes qu'elle compare à ceux qu'elle éprouvait à chaque époque menstruelle. La leucorrhée augmente considérablement de quantité. Il ne se fait aucun écoulement sanguin. Après deux jours de durée, ces symptômes disparaissent complétement.

Ils se reproduisent le 20 mars avec une égale intensité.

Les douleurs de reins sont vives ainsi que la céphalalgie ; le caractère est modifié ; la malade a un peu d'agitation. On prescrit un julep avec un gramme de teinture d'iode, qui est pris en une seule fois.

La nuit même, les règles apparaissent avec une grande abondance. Elles persistent le lendemain pour s'arrêter dans la soirée. Elles se suppriment alors et font place à un peu de leucorrhée.

Nous pourrions rapprocher de ces deux faits si concluants, deux autres que nous avons observés dans des conditions identiques chez des malades du même service. Ils sont tous une confirmation évidente des idées que nous avons exposées. L'expérience justifie donc ici les prévisions de la théorie, en même temps qu'à son tour la théorie explique les résultats de l'expérience.

Pour présenter sous une forme résumée les idées qui précèdent, nous établirons les propositions suivantes :

1° C'est dans la cause même de l'aménorrhée qu'on doit chercher les indications thérapeutiques, le traitement devant varier avec la cause.

2° Il y a inutilité et souvent danger à administrer les préparations emménagogues dès le début et pendant toute la durée de l'aménorrhée.

3° Il est le plus souvent impossible et complétement indifférent

de chercher à calculer l'époque probable du retour des règles par la connaissance de ces époques dans l'état normal.

4° L'opportunité de l'administration des emménagogues est indiquée par les congestions spontanées qui se font à certains moments du côté de l'utérus et s'accompagnent de phénomènes faciles à reconnaître et à interpréter.

5° La teinture d'iode administrée à ce moment et suivant ces principes est, parmi les emménagogues, un des moyens les plus puissants.

MALADIES DES ENFANTS. — 8. *Nouvelles recherches sur la méningite tuberculeuse chez les enfants ;* par le docteur RILLIET (de Genève), ex-médecin interne de l'hôpital des Enfants malades, lauréat des hôpitaux et de l'Institut, etc., etc.

(Suite : *voir* t. XI, novembre 1846, p. 72.)

(Gazette médicale de Paris, N° 46 ; 1846.)

ARTICLE II. — *Durée.* — Les auteurs qui nous ont précédé, et nous-même dans notre *Traité des maladies des enfants*, nous n'avons pas eu le soin de distinguer d'une manière exacte le rapport qui existe entre les circonstances au milieu desquelles la méningite prend naissance, et sa durée. C'est là cependant une question très-importante pour la pratique; car on ne peut pas porter un pronostic exact si l'on ne connaît pas approximativement la durée d'une maladie. Nous avons indiqué dans notre premier article quelle influence la durée des prodromes exerçait sur celle des symptômes aigus; mais pour envisager la question d'une manière plus générale, nous avons séparé en différentes catégories un grand nombre d'observations de méningites recueillies par nous et par d'autres, et nous en avons tiré les conclusions suivantes :

1° Lorsque la méningite est précédée des prodromes réguliers dont nous avons donné plus haut la description, elle ne dure presque jamais moins de quinze jours, et varie d'ordinaire entre quinze et vingt jours.

2° Lorsque la méningite débute sans prodromes d'une manière brusque et instantanée, sa durée est d'ordinaire de vingt à trente jours, rarement plus courte, à moins toutefois qu'il ne survienne quelque complication grave qui dérange la marche de la maladie. Lorsque, dans les mêmes circonstances, le début, au lieu d'être violent, est lent, insidieux, la durée est alors à peu près la même ; quelquefois cependant elle est plus longue : alors elle dépasse trente jours, et peut aller même jusqu'à quarante-cinq jours et deux mois ; mais ce fait est très-rare.

3° Enfin lorsque la méningite se développe dans le cours d'une phthisie confirmée, cérébrale, thoracique ou abdominale, sa durée est infiniment plus courte ; de trois à huit jours en moyenne, très-rarement elle se prolonge jusqu'au douzième ou quinzième jour, et ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels qu'elle dépasse ce terme.

On peut tirer des remarques précédentes cette conclusion générale, qui souffre cependant quelques exceptions, que la méningite a une durée d'autant plus longue que la maladie s'est développée dans un état de santé en apparence meilleur.

ARTICLE III. — *De l'intermittence dans la méningite.* — Quelque fidèle que soit la description d'une maladie, elle ne peut en reproduire l'image complète. Aussi, bien que nous ayons tracé un portrait de la méningite aussi exact que possible, il est certaines particularités sur lesquelles nous n'avons pas suffisamment insisté, et qui doivent maintenant être l'objet d'un examen attentif.

Lorsque la méningite tuberculeuse est déclarée, elle suit en général une marche continue ; mais presque tous les auteurs ont remarqué que plusieurs de ses symptômes offraient des rémissions remarquables, et que dans certains cas, la maladie, prise dans son ensemble, suivait une marche intermittente. Ainsi Whytt dit en parlant de la fièvre : « Dans d'autres cas les paroxysmes reviennent assez régulièrement dans la soirée, et presque toujours alors la maladie a été prise pour une fièvre lente, nerveuse, irrégulière, ou pour une fièvre rémittente. » Odier affirme aussi que la fièvre du début prend quelquefois l'apparence d'une fièvre rémittente. Quin, parlant de l'intermittence des symptômes, s'exprime ainsi : « Medico cuidam quo non « peritior alter, tales vidisse non nunquam contigit omnium si- « gnorum intermissiones, ut corticem peruvianum nec sine « fructu interdum propineret. » Cheyne trouve une grande analogie entre l'hydrocéphale aiguë et la fièvre rémittente des enfants. « L'hydrocéphale, dit ce médecin, ressemble à plusieurs espèces de fièvres, mais à aucune autant qu'à la fièvre aiguë, rémittente, des enfants. Cependant les symptômes particuliers à cette dernière maladie sont : 1° l'accès complet et régulier ; 2° les évacuations fétides et colorées.

« Je dois reconnaître cependant, ajoute-t-il, que j'ai trouvé une ou deux fois dans la fièvre rémittente ce qu'on aurait pu appeler des matières hydrocéphaliques : une évacuation glaireuse vert foncé. »

Coindet a souvent observé une rémission des symptômes qui

peut induire en erreur : « Cette amélioration apparente et perfide a lieu, dit-il, sur la fin de la première période : on croirait que le malade n'a qu'une fièvre bénigne. Le mieux paraît s'établir, ce que l'on ne manque pas d'attribuer au traitement ; mais tout à coup quelque symptôme nerveux paraît, le caractère de la maladie se prononce, et le malade est sans ressource. »

Hippolyte Cloquet a reproduit les idées de Quin et de Cheyne en affirmant que la fièvre cérébrale des enfants est une fièvre pernicieuse, rémittente et ataxique ; mais l'observation qu'il rapporte à l'appui de son opinion ne présente pas les caractères d'une méningite tuberculeuse.

Mareschal (de Nantes) partage les opinions de Cloquet, mais ses observations, bien que fort intéressantes, n'appartiennent pas non plus à l'hydrocéphalie aiguë.

M. Bricheteau prouve que ceux qui ont décrit cette maladie sous le titre de fièvre hydrocéphalique, avec l'idée que c'était une affection cérébrale et périodique, ont confondu des exemples de fièvre rémittente et intermittente avec l'hydrocéphalie aiguë.

D'après M. Brachet, les symptômes de la première période prennent tous les soirs un accroissement bien marqué ; ils s'exaspèrent et simulent un accès fébrile.

Les médecins que nous venons de citer n'ont guère mentionné que l'intermittence ou la rémittence du mouvement fébrile de la méningite ; mais ils n'ont pas indiqué que d'autres symptômes pouvaient aussi suivre une marche intermittente qui donne à la maladie une physionomie toute spéciale.

M. Guersant est le seul qui, en parlant de la *période chronique* de la méningite tuberculeuse, ait indiqué que la céphalalgie affectait, dans certains cas, une forme intermittente remarquable. « Le malade, dit ce praticien, est pris de temps en temps de céphalalgie sus-orbitaire ou d'assoupissement et quelquefois même de symptômes de congestion cérébrale avec ou sans vomissements. Ces accès passés, il ne souffre plus de la tête et semble revenir à l'état de santé. La régularité de ces accès tierces ou quotidiens trompe souvent même l'homme de l'art le plus exercé, mais ces accès résistent à l'action des antipériodiques et sont bientôt suivis de symptômes cérébraux continus qui dissipent tous les doutes. » M. Guersant paraît croire que cette forme appartient exclusivement à la méningite chronique, tandis qu'elle peut se rencontrer aussi dans la méningite aiguë et constituer elle-même toute la maladie.

A l'époque où M. Barthez et moi publiâmes notre traité des maladies des enfants, nous n'avions recueilli aucun fait de cette

espèce. Depuis lors j'ai eu l'occasion d'en observer un fort remarquable. Je le consigne ici *in extenso*, vu sa rareté.

Enfant de six ans. — Prodromes de six semaines ; début par une céphalalgie intermittente dont les accès augmentent progressivement d'intensité ; absence de vomissement et de constipation ; symptômes de méningite dans les derniers jours. — Mort et autopsie. — Méningite tuberculeuse ; pas de tubercules cérébraux.

Obs. I. — Le nommé B..., âgé de 6 ans, garçon, est né de parents qui n'ont jamais eu d'affection cérébrale. Il a été nourri jusqu'à dix mois par une bonne nourrice. Cependant il était maigre lorsque ses parents l'ont repris ; la seule maladie dont il ait été atteint est la scarlatine. Cet enfant est petit pour son âge, mais remarquable par son intelligence.

Dans le courant de l'année 1843, il a eu pendant deux mois des vomissements ; il rejetait une fois chaque jour les aliments qu'il avait pris à son déjeuner. A cette époque, il ne présentait aucun autre symptôme. Les vomissements ont cessé, il s'est rétabli.

Trois mois plus tard (six semaines avant le début de la maladie), on a remarqué que l'enfant était maigre, triste, apathique, recherchait la solitude ; cependant il continuait à aller à l'école. L'intelligence était parfaitement nette.

Dans le milieu de décembre 1843, il fut pris de céphalalgie par accès, et eut quelques rêveries la nuit. Dans les premiers jours, il ne se plaignait pas, afin, a-t-il dit plus tard, qu'on ne fît pas venir le médecin ; cependant les douleurs devenant beaucoup plus vives, le docteur Bizot est appelé le 30 décembre.

Pendant plusieurs jours, il constate des accès de céphalalgie parfaitement intermittents, commençant à onze heures de l'après-midi et durant jusqu'à trois heures du matin. Dans les intervalles, l'enfant est dans un bon état de santé.

Pendant l'accès, la douleur de tête est frontale, très-intense, elle arrache à l'enfant des cris prolongés ; il supplie qu'on lui serre la tête ; les pupilles sont dilatées, la connaissance est intacte, la peau est chaude et sèche, le pouls accéléré et régulier ; pendant l'apyrexie il bat 70 à 80. M. Bizot saisit à quelques reprises de légères irrégularités, l'intelligence est toujours parfaitement nette, sauf quelques rêveries dans la nuit. L'enfant joue dans son lit ; il n'a *ni vomissement ni constipation*, ni aucun autre symptôme ; l'appétit est conservé ; en un mot il paraît bien portant. M. Bizot prescrit du sulfate de quinine qui diminue

considérablement l'intensité de deux accès, mais n'a pas d'effets appréciables sur les autres, bien que les doses aient été augmentées.

Le 10 janvier 1844, à une heure, vingt-cinq jours environ après le début de la céphalalgie, je vois l'enfant avec le docteur Bizot. L'intermittence est depuis quatre jours moins bien accusée; cependant, au milieu des symptômes qui sont devenus continus, elle se dessine encore.

L'enfant est dans l'état suivant: Il a les yeux bleus, les cheveux blonds, les cils assez longs, la peau sèche et médiocrement fine, les membres grêles; la tête est bien proportionnée; il ne porte aucune trace d'affection scrofuleuse.

Il est couché dans le décubitus dorsal, un peu incliné à gauche, les cuisses ramenées sous le ventre. La face est pâle ou alternativement pâle et rouge, le facies exprime la souffrance, la chaleur est vive, le pouls régulier, peu développé, 124; la respiration est entrecoupée, irrégulière, à 36. L'enfant pousse de grands soupirs et de temps en temps des cris plaintifs prolongés. Il se plaint spontanément d'une vive douleur frontale, offrant les caractères susindiqués. Il est anxieux, mais il a toute son intelligence. La sensibilité tactile est généralement exagérée; les pupilles sont un peu grandes, mais bien contractiles. On n'observe pas d'autres symptômes cérébraux. L'abdomen est rétracté sans dureté; il n'y a pas de selles depuis vingt-quatre heures; la soif est vive.

L'accès de céphalalgie, qui avait commencé à une heure, dure jusqu'à minuit; alors l'enfant s'endort, mais il a du délire; il parle sans cesse de son école; le délire dure deux heures; il est remplacé par de la somnolence qui dure encore à notre visite du lendemain. Cette somnolence est légère, car, à une question que nous lui adressons, il se réveille, ouvre les yeux et nous répond avec une grande justesse. Le seul nouveau symptôme cérébral que nous constations est une photophobie peu prononcée. Le pouls est parfaitement régulier, à 116; peu de chaleur, peu de soif, une évacuation naturelle.

Les jours suivants, du vingt-huitième jour au trente-deuxième (jour de la mort), nous continuons à examiner le malade avec le plus grand soin; nous notons les modifications suivantes dans les symptômes.

Dès le vingt-huitième jour, la céphalalgie est moins vive, l'accès moins distinct que la veille; il en est de même les jours suivants. Le 31, le mal de tête a disparu. Dans la nuit, il a toujours du délire. Calme le vingt-huitième jour, très-agité les jours suivants; il se frappait la tête, poussait des cris aigus et violents. Le matin,

le délire est remplacé par de la somnolence qui persiste pendant une partie de la journée, alternant avec des plaintes ou de l'agitation. A aucune époque, nous n'observons de coma, car la veille de la mort on pouvait le tirer de sa somnolence. Dans ce moment il était affaissé et ne poussait plus de cris aigus comme les jours précédents. Depuis le 29, les pupilles ont été tantôt également, tantôt inégalement dilatées et peu contractiles. La sensibilité nous a toujours paru exaltée. Deux ou trois fois il a grincé des dents, et le 29 seulement il a eu un peu de roideur dans les avant-bras. Aucun autre symptôme cérébral n'a existé durant le cours de la maladie; ils ont cependant été recherchés avec soin. Le pouls a toujours été *régulier*, variant de 100 à 120, de plus en plus petit à mesure que la maladie faisait des progrès; la respiration souvent inégale, en général médiocrement accélérée; la rétraction du ventre a persisté à peu près au même degré jusqu'à l'avant-veille de la mort; alors elle a disparu, et l'abdomen est devenu un peu gros, mou et souple. Les circonvolutions intestinales se laissent pincer comme dans l'entérite chronique. Chaque jour il y a eu des évacuations, au nombre d'une ou deux, le plus ordinairement moulées, involontaires la veille de la mort seulement. Les urines ont toujours été involontaires. Les forces ont progressivement diminué et la maigreur a augmenté. Le facies a exprimé tantôt la somnolence ou l'abattement, tantôt la souffrance. La veille de la mort, les yeux étaient croûteux, les deux cornées couvertes de mucosités purulentes.

Le traitement a consisté dans l'administration du sulfate de quinine pendant trois ou quatre jours, puis de calomel. A l'époque où j'ai été appelé, nous avons soumis l'enfant à un traitement iodé, il a pris chaque jour une potion contenant un quart de grain d'hydriodate de potasse, le deuxième jour trois quarts de grain, le troisième un grain, le quatrième un grain et demi, et les deux jours suivants la même dose. En outre, au bout de quatre jours, on a joint à la potion des frictions avec une pommade contenant de 12 à 18 grains d'hydriodate de potasse; nous avions indiqué, dans le courant de l'observation, que le sulfate de quinine avait considérablement diminué l'intensité de deux accès. Le calomel n'a eu aucun effet appréciable sur les gencives. Quant au traitement iodé, non-seulement il a complétement échoué, mais nous n'avons pas remarqué qu'il ait eu la moindre influence sur les symptômes et la marche de la maladie.

Autopsie vingt-cinq heures après la mort, par un temps froid. — Flaccidité des membres et du col; roideur des extrémités inférieures.

La tête est bien proportionnée ; les fontanelles sont ossifiées ; la dure-mère est tendue ; après qu'on l'a incisée et renversée à droite et à gauche, on aperçoit les circonvolutions complétement effacées et tassées. Les anfractuosités ont disparu ; la pie-mère n'est pas injectée, la substance grise est plutôt décolorée. On a grand'peine à détacher l'arachnoïde des circonvolutions cérébrales. Dans les points où on peut le faire, on constate qu'elles ne sont pas ramollies. La partie supérieure interne et externe des hémisphères n'offre ni granulations ni traînée purulente, tandis qu'à la base, au niveau du chiasma et sur la protubérance, les membranes sont épaissies, d'un blanc jaunâtre ; elles s'enlèvent tout d'une pièce et ont plus de 2 millimètres d'épaisseur ; elles sont un peu élastiques ; en les examinant de près, on retrouve le feuillet de l'arachnoïde mince et poli, et au-dessous de lui, la pie-mère, évidemment épaissie et parsemée de points blancs et jaunâtres arrondis, du volume d'un petit pois, et rappelant la poussière tuberculeuse. Les fausses membranes, après avoir macéré dans l'eau pendant plusieurs jours, sont un peu épaissies et gonflées. On distingue aisément les points blancs sus-décrits. Ils sont parfaitement arrondis ; examinés avec une forte loupe, ils forment comme une tache foncée faisant relief sur les parties voisines.

Dans les scissures de Silvius, qui sont très-légèrement adhérentes, on ne trouve pas de fausses membranes, mais des granulations grises du volume d'une petite tête d'épingle ; elles sont assez nombreuses. On en trouve d'autres offrant les mêmes caractères sur les côtés de la moelle allongée. Les ventricules sont très-dilatés ; ils contiennent 4 onces de sérosité transparente (1). Les parois ventriculaires sont parfaitement saines sous tous les rapports. Partout la substance cérébrale est de bonne consistance ; elle n'offre pas trace de tubercules.

Les *ganglions bronchiques* ont le volume d'une petite noix ; ils sont tuberculeux et commencent à se ramollir.

La plèvre costale droite est adhérente par quelques lamelles celluleuses. A la partie moyenne et externe de ce poumon on trouve un groupe de granulations jaunes, unies entre elles par du tissu gris.

Les trois lobes à peu près également contiennent des granu-

(1) M. Pyrame Morin, chimiste distingué de Genève, a bien voulu faire une analyse approximative de ce liquide ; il a constaté qu'il était incolore, légèrement acide, produisant facilement de l'ammoniaque par son contact avec l'air. Il contenait : acide phosphorique libre, albumine et matière gélatiniforme, peu de chaque ; matière animale précipitable par l'acétate de plomb, trois fois plus que des autres substances.

lations grises du volume d'une petite tête d'épingle. La substance pulmonaire est un peu violette et congestionnée.

Légère adhérence de la plèvre au poumon gauche, qui est violacé à l'extérieur, et dont le lobe inférieur est congestionné; ce poumon contient quelques rares granulations.

Le cœur et le péricarde sont sains. La rate est parsemée de granulations à l'extérieur; on n'en aperçoit pas dans le foie.

Les autres organes ne sont pas examinés.

Le diagnostic de la maladie pouvait offrir des doutes pendant toute la période où les accidents ont été franchement intermittents, et l'on pouvait croire à l'existence d'une fièvre intermittente céphalique aussi bien qu'à une affection cérébrale. Cependant, dès le moment où il avait été appelé, M. Bizot, frappé de l'intensité de la céphalalgie et d'une légère irrégularité du pouls, avait soupçonné une affection cérébrale. Plus tard, lorsque les symptômes sont devenus continus, nous ne pouvions avoir d'incertitude sur le siége de la maladie. Il était évident que nous avions affaire à une lésion de l'encéphale.

L'apathie, la tristesse et l'amaigrissement, survenus six semaines avant le début, indiquaient l'invasion d'une tuberculisation générale. Le diagnostic d'une maladie tuberculeuse établi, quel était le siége de la lésion? Occupait-elle les méninges ou le cerveau?

Me fondant sur la marche intermittente des accès de céphalalgie, sur l'absence de la constipation et des vomissements, sur la régularité assez habituelle du pouls, j'ai cru à l'existence d'un tubercule cérébral; plus tard, lorsque les accidents sont devenus continus, j'ai pensé qu'une méningite compliquait l'affection tuberculeuse du cerveau. La marche que la maladie avait suivie et la nature de la céphalalgie offraient en effet une grande ressemblance avec quelques observations de tubercules du cerveau publiées dans les recueils périodiques. Nous allons reproduire deux de ces faits comme éléments de comparaison.

Obs. — « Un garçon de 6 ans éprouve de violents accès de céphalalgie qui se renouvelaient d'abord tous les huit jours, puis deux fois la semaine. La veille du jour de l'accès, ce petit malade paraissait languissant et soupirait souvent dans la soirée. Il se réveillait de bonne heure le matin avec de vives douleurs de tête et des nausées qui le mettaient en quelques minutes dans un état de souffrance excessif. Il demandait qu'on lui serrât la tête, il vomissait; les pupilles étaient dilatées, insensibles à la lumière; le pouls était lent, faible et irrégulier. La douleur commençait au-dessus de l'œil et se propageait à l'occiput; lorsqu'elle était

très-intense, la tête se renversait en arrière. Pendant quatre mois sa santé se montra parfaite dans l'intervalle des accès : plus tard il survint des accidents urétraux chroniques graves. A l'autopsie, on constata des tubercules cérébelleux. »

Une observation d'Abercrombie offre la plus grande analogie avec la précédente.

Obs. — « Un enfant de 9 ans commença à se plaindre de la tête dans le mois de janvier 1821. Cette céphalalgie revenait tous les jours, et était ordinairement accompagnée de douleurs vers l'ombilic. L'accès durait communément d'une demi-heure à deux ou trois heures ; c'était d'abord vers les deux heures du matin que la céphalalgie se montrait : elle durait en général pendant une heure, mais sa durée se prolongea progressivement jusqu'à trois ou quatre heures. Les accès retardèrent aussi progressivement, et vinrent enfin à cinq heures de l'après-midi ; ils ne parurent pas plus tard. L'accès revenait ordinairement chaque jour, et se manifestait habituellement par des vomissements. Pendant l'accès, la douleur était si intense qu'elle rendait l'enfant incapable d'aucun exercice; mais pendant le reste de la journée, il avait toute sa gaieté, se livrait à ses jeux et ne se plaignait d'aucune douleur.

« Les accidents durèrent ainsi pendant six mois. Au commencement de juillet, il fut pris de fièvre et de douleurs intestinales qui le retinrent au lit ; la céphalalgie devint alors continue, et il y eut de fréquents vomissements. Quelques jours après, les vomissements cessèrent; il continuait cependant à avoir de la fièvre avec une céphalalgie permanente considérable. A la fin du quinzième jour de l'invasion de la fièvre, il périt subitement sans coma ni aucune affection des sens.

« *Ouverture du cadavre.* — Le cerveau ne présentait aucune lésion, et il n'y avait aucun épanchement dans les ventricules. Le lobe gauche du cervelet contenait deux tubercules du volume de grosses noisettes. Une autre tumeur semblable se trouvait entre les deux lobes. Ces tumeurs étaient denses et sphériques, et présentaient intérieurement une consistance caséeuse et une couleur jaunâtre.

« Il existait dans la poitrine des adhérences étendues ; mais la substance des poumons était assez saine. Il y avait dans l'abdomen de légères adhérences entre les viscères. »

Chez ces deux enfants, comme chez celui dont nous avons rapporté l'histoire, la céphalalgie était régulièrement périodique, remarquable par son intensité, et laissait, lorsqu'elle avait disparu, le jeune malade dans un état de santé satisfaisant. Dans

les trois cas aussi, les accidents cérébraux, d'abord intermittents, sont ensuite devenus continus.

La seule différence que l'on puisse remarquer dans ces maladies qui offrent une si grande similitude est une différence de durée. Dans les deux cas où la céphalalgie a été le symptôme d'un tubercule cérébral, elle s'est reproduite pendant plusieurs mois, tandis que dans le cas qui nous appartient sa durée a été beaucoup plus courte.

Lorsque la céphalalgie se montre sous forme d'accès aussi violents que ceux dont notre malade était atteint, elle est, en général, accompagnée de vomissements, quel que soit l'état du cerveau, que l'on ait affaire à une méningite, à un tubercule cérébral, ou à une simple migraine. Dans notre observation, il en a été autrement : le vomissement, ce symptôme si fréquent de la méningite, a manqué; et cependant l'enfant y semblait prédisposé plus que tout autre, puisqu'il avait vomi pendant deux mois longtemps avant le début de l'affection cérébrale. Il est remarquable que la constipation, qui accompagne presque toujours les vomissements, a aussi manqué. L'absence de ces deux symptômes et la nature de la céphalalgie font de notre observation un fait assez exceptionnel pour nous justifier d'être entré dans d'aussi longs détails.

---

9. *De la péritonite chez les enfants nouveau-nés;* par le docteur Thore, ancien interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, membre de la Société anatomique, etc.

(Suite : *voir* t. IX, septembre 1846, p. 98; t. X, octobre, p. 96; t. XI, novembre, p. 85.)

(Archives générales de Médecine, septembre 1846.)

Obs. XXII. — Motus (Joséphine), fille âgée de 11 jours, est entrée à l'infirmerie le 30 avril 1842. Elle avait un peu d'ictère, et ne présentait aucun symptôme qui pût attirer l'attention.

Le 10 mai, on la trouve, au moment de la visite, ayant des vomissements porracés très-abondants; le ventre était tendu, volumineux, météorisé, douloureux à la pression; absence de selles; face décomposée; extrémités froides; il est impossible de compter le pouls; elle meurt le soir. A l'autopsie, faite le lendemain matin, on trouve les poumons rosés, crépitants, un peu congestionnés à la partie postérieure. La muqueuse de l'estomac est parfaitement saine, ainsi que celle des intestins. Tout le péritoine a un aspect visqueux très-prononcé. Une sérosité purulente est accumulée en assez notable quantité dans le petit

bassin. Des fausses membranes jaunes et épaisses s'étendent sur le foie et sur la rate. Une injection fine occupe en beaucoup de points la surface externe des intestins grêles qui commencent déjà à adhérer entre eux.

Bien que ces observations manquent de beaucoup de détails, cependant on ne peut se refuser à admettre, au moins jusqu'à nouvel ordre, qu'il existe une péritonite primitive, ce que de nouvelles observations viendront sans doute confirmer ultérieurement.

Symptômes. — Les symptômes sont peu nombreux et faciles à constater. Nous avons déjà dit que, bien malgré nous, nous n'avons pu, sous ce rapport, réunir des observations aussi complètes que possible, ce qui expliquera certaines lacunes que nous n'avons pu éviter.

Etat du ventre. — Le premier symptôme que l'on constate, c'est l'augmentation de volume du ventre; dans un espace de temps très-court, il devient volumineux, déborde le thorax; il est tendu et résiste à la pression; cependant ce symptôme peut manquer, et, dans quelques cas, assez rares il est vrai, lorsque la maladie est encore peu avancée, et que l'enfant succombe à une autre affection, le ventre avait un certain degré de souplesse, et son volume était peu augmenté. Mais le plus souvent, au bout de quelques heures seulement, on le voit se tuméfier, devenir dans toute son étendue sonore à la percussion; le météorisme se prononce de plus en plus, et les circonvolutions intestinales sont nettement dessinées sous la paroi abdominale.

Dugès a insisté longuement sur la saillie de l'ombilic, qu'il regarde comme presque constante et comme pathognomonique (thèse, p. 36). Il rend compte de sa formation, qu'il est en effet facile de comprendre; comme lui, nous l'avons constatée, mais seulement dans le cas de distension considérable de l'abdomen; nous ne l'avons trouvée que dans un tiers des cas tout au plus; elle ne serait pas, suivant nous, aussi constante qu'il l'a avancé, et partant, elle n'aurait pas l'importance qu'il lui accorde. Quoi qu'il en soit, le gonflement du ventre est un symptôme de grande valeur, qui par son intensité donne une mesure assez exacte de celle de la péritonite.

Le ventre est toujours sonore et sa sonorité en général exagérée; il est extrêmement rare que l'épanchement soit assez considérable pour pouvoir donner lieu à une matité bien prononcée à la partie inférieure de l'abdomen; il en est de même de la fluctuation. La tension du ventre est toujours générale; on peut la distinguer facilement d'un simple météorisme. La pression

détermine constamment une douleur très-vive et fait pousser des cris à l'enfant.

La douleur existe d'ailleurs indépendamment de cette épreuve, comme on peut en juger par les cris qu'il pousse dans l'état de repos et par l'expression de la face.

La chaleur du ventre ne nous a jamais paru notablement augmentée.

Deux fois nous avons remarqué une dilatation très-marquée du réseau veineux qui le couvre.

Il est très-fréquemment envahi par un érysipèle qui occupe une étendue plus ou moins considérable.

Vomissements. — Dugès paraît attacher fort peu d'importance à ce symptôme. « Les vomissements, dit-il, dépendent en partie de la constipation ; ils peuvent être aussi considérés comme sympathiques et assimilés à ceux que produit la péritonite à tout autre âge. Le symptôme n'est rien moins que caractéristique... Ce qui caractériserait peut-être ceux de la péritonite, c'est qu'ils sont plus souvent bilieux que muqueux ou alimentaires. » (P. 37.)

Sous ce rapport, nous différons avec l'excellent observateur que nous venons de citer. Ce symptôme a dès l'abord fixé notre attention, et voici quel a été le résultat de nos recherches : sur 23 enfants que nous avons pu convenablement observer, nous avons trouvé que les vomissements avaient manqué seulement 3 fois : encore est-il permis d'avoir quelques doutes, puisqu'ils ont pu vomir en notre absence ou en l'absence de personnes destinées à leur donner des soins et qu'il n'en soit point resté de traces. Dans tous les autres cas, ils ont existé : 2 fois seulement ils étaient muqueux et formés d'un liquide à peu près incolore, 18 fois ils étaient d'un vert foncé, porracé ; ils ont toujours marqué le début de l'inflammation du péritoine, et disparaissent souvent en même temps que le ventre prend du développement. Quand nous n'avons pu les noter pendant la vie, nous avons pu trouver autour de la bouche, sur les joues, des traces non équivoques de ces vomissements, ainsi que sur la langue qui conserve une teinte d'un vert foncé.

Nous devons rappeler ce que d'autres médecins ont dit à ce sujet. Billard n'a rapporté avec détails qu'un seul cas de péritonite aiguë : l'enfant rejetait tout ce qu'on lui faisait boire. M. Bouchut n'a point noté l'existence de vomissements chez 2 enfants âgés l'un de 6 semaines, l'autre de 4 mois, atteints de péritonite aiguë.

Sur 2 observations de péritonite empruntées par M. Duplay à Meckel et Osiander, il y avait des vomissements dont la nature

n'était point indiquée. Dans un fait de M. Cazalis, les vomissements étaient formés de mucosités mêlées à des matières jaunes.

MM. Rilliet et Barthez, qui ont eu pour sujets d'étude des enfants d'un âge plus avancé, regardent ce symptôme comme rare.

Il a cependant, je le répète, une grande valeur ; on peut, à mon sens, le regarder comme presque constant. Il m'est souvent arrivé, en suivant la marche d'un érysipèle, de voir, lorsqu'il était parvenu au voisinage de l'ombilic, le ventre se tuméfier rapidement, et des vomissements porracés avoir lieu. La péritonite n'était pas douteuse, et l'autopsie est venue confirmer ce diagnostic.

Ces vomissements sont en général peu fréquents : ils ne se répètent guère pendant la durée, d'ailleurs fort courte, de la maladie, que 4 ou 5 fois ; ils sont peu abondants, et dans quelques cas, il y a plutôt une simple régurgitation qu'un véritable vomissement.

Constipation. — Elle est assez fréquente ; c'est, suivant Dugès, le symptôme qu'on doit le plus chercher à combattre, parce que, d'abord effet, il devient bientôt cause. Nous ne voyons point qu'il en soit tout à fait ainsi ; car la constipation n'est point un symptôme constant. Sur 19 cas où l'on a noté avec soin la nature des selles, 9 fois la constipation existait, 4 fois il y avait au début des selles vertes, demi-liquides, puis la constipation s'est ensuite montrée. Dans les autres observations, il y avait 2 fois des selles solides, vertes et demi-liquides (2), jaunes et liquides (2).

L'état de la *langue* n'a jamais rien présenté de bien particulier ; ordinairement couverte d'un enduit jaunâtre sur la surface et à sa base, ses bords et sa pointe d'un rouge plus ou moins vif. 2 ou 3 fois elle a été sèche vers la fin de la maladie. Les vomissements porracés donnaient à l'enduit qui la couvrait une teinte verte. Quand les enfants étaient examinés dans les derniers moments, on trouvait un refroidissement très-prononcé de la cavité buccale.

Circulation. — Le pouls a toujours présenté une assez grande fréquence : 1 fois seulement il n'y avait que 100 battements par minute ; le minimum a été de 120 pulsations, le plus souvent, on en comptait 132. 3 fois il a atteint le chiffre de 200, et alors il devenait presque impossible de le compter. Parvenu à ce nombre, la fin était prochaine, et alors il se ralentissait d'une manière assez brusque et tombait à 92 et même à 80. Il nous est plusieurs fois arrivé, dans l'espace de quelques heures, de noter ce phénomène.

Le pouls, dès le début, était faible et filiforme, sans avoir une fréquence excessive ; il était difficile à compter, en raison de cette faiblesse.

La température de la peau a toujours été très-élevée; la chaleur était âcre et sèche. Lorsque, comme nous venons de le dire, le pouls, après avoir été fréquent, tombait brusquement, la température de la peau s'abaissait rapidement ainsi que celle de la cavité buccale. Quelquefois, dès le début, la température s'abaissait brusquement sans avoir été précédée d'une augmentation notable de chaleur.

Obs. XXIII. — *S.* — Hirard (Julie), fille âgée de 9 jours est entrée le 8 août 1842. Elle avait un ictère avec une diarrhée verte très-intense, et accompagnée d'érythème à l'anus. Cet état se continue sans grand changement jusqu'au 13. Le matin, et d'une manière presque subite, la face se décompose, les yeux s'excavent, il survient un refroidissement général de toute la peau et de la cavité buccale. Il n'y a point de selles; le ventre n'est pas extrêmement tendu, mais la pression fait pousser des cris à l'enfant. Dyspnée ; anxiété ; vomissements d'un vert foncé ; poitrine sonore ; râle humide des deux côtés. Elle meurt à cinq heures du soir.

A l'autopsie, on trouve une péritonite encore peu avancée et caractérisée par des adhérences molles, jaunes, étendues entre la face convexe du foie et le péritoine diaphragmatique. Sur la rate et sur les intestins il existe des fausses membranes très minces ; ces derniers sont fortement injectés à l'extérieur. Dans les endroits où les fausses membranes n'existent point, on trouve un liquide visqueux, s'étendant en longs filaments quand on cherche à les séparer. Les deux poumons sont congestionnés, ils crépitent peu, sont gorgés de sang, ils surnagent.

La respiration a toujours subi une accélération notable, ce qui s'explique à la fois par l'obstacle apporté au libre développement des poumons, par l'augmentation de volume du ventre, et les douleurs que les mouvements inspiratoires provoquent : nous n'avons jamais compté moins de 40 inspirations par minute, le maximum a été de 60. La fréquence de la respiration est en général en rapport avec celle de la circulation. On ne peut d'ailleurs attacher qu'une importance secondaire à ce phénomène, comme moyen de diagnostic, en raison des fréquentes complications que nous avons signalées du côté de la poitrine.

M. Bouchut a décrit une gêne toute particulière des mouvements extérieurs de la respiration ; les mouvements étaient incomplets, courts et paraissaient douloureux ; ils se succédaient

régulièrement, et au bout de 8 à 10 inspirations, survenait une respiration lente et profonde, capable de suppléer à l'insuffisance des respirations précédentes. Il regarde cette modification comme exclusive à cette maladie, et comme l'un de ses symptômes pathognomoniques. Bien que nous ne la voyions pas consignée dans nos notes, nous pensons cependant qu'on doit en tenir compte, en attendant de nouvelles observations.

La face a presque toujours une expression de souffrance bien prononcée, et qui est plus manifeste quand on exerce une pression sur l'abdomen, et qu'on augmente la douleur en imprimant des mouvements au petit malade. A mesure que la péritonite fait des progrès, les traits se décomposent rapidement, le nez s'effile, les yeux s'enfoncent dans les orbites, la face se couvre de rides et devient grippée.

Le cri est en général fort, aigu ; il devient voilé et s'éteint vers la fin de la maladie.

Marche. — Les symptômes que nous venons d'étudier d'une manière isolée se développent presque en même temps. Aussitôt que la péritonite est déclarée, on voit survenir les vomissements verts, la tension, le météorisme et la douleur du ventre, etc. Bientôt la respiration et le pouls s'accélèrent, le ventre se ballonne davantage, le cri devient aigu, la chaleur de la peau s'élève, puis à mesure que les traits s'altèrent plus profondément et que la face prend l'aspect grippé, la fréquence du pouls diminue, la peau se refroidit et la mort arrive. Il ne nous a point été permis de suivre la marche de la maladie quand elle doit se terminer d'une manière heureuse, car tous nos petits malades ont succombé.

Ordinairement la marche est très-rapide, et le plus souvent la maladie franchit toutes les périodes dans l'espace de douze à quinze heures. Dans les cas d'érysipèle, par exemple, lorsque celui-ci a atteint les parois de l'abdomen, les premiers symptômes se déclarent le matin d'une manière bien manifeste, et le soir le malade n'existe plus; d'autres fois, la maladie a marché avec plus de lenteur : les deux observations qui suivent feront juger de cette différence.

Obs. XXIV. — Jacquelin, garçon âgé de 9 jours, entre le 2 avril 1842 à l'infirmerie. Il a un léger endurcissement œdémateux des membres ; la muqueuse buccale est d'un rouge vif ainsi que la langue ; érythème assez étendu à l'anus ; un peu de coryza. L'état de cet enfant s'améliore rapidement, et on le confie à une nourrice sédentaire. Il est ramené à l'infirmerie le

10 avril. Rougeur très-intense de la cavité buccale ; muguet peu abondant sur la langue. (Garg., borax.)

Le 12. Le muguet diminue rapidement. L'état général est très-satisfaisant ; pas d'érythème ; selles jaunes, demi-liquides ; ventre souple ; bon sommeil ; il tette bien.

Le 15. Le muguet a complétement disparu. Le soir, on remarque l'existence d'un érysipèle des parties génitales et de la partie inférieure de l'abdomen.

Le 14. Il a commencé à vomir ce matin. A la visite, on trouve que l'érysipèle occupe toute la partie inférieure de l'abdomen et supérieure des cuisses. Il est d'un rouge sombre ; çà et là l'épiderme est soulevé sous forme de phlyctènes remplies d'un liquide roussâtre. Le ventre est très-tendu et très-douloureux à la moindre pression. Il a des vomissements formés d'un liquide d'un vert foncé ; ils se répètent deux ou trois fois dans la matinée. Selles solides et marronnées. Le pouls est si rapide et si faible en même temps, qu'il est impossible de le compter à l'artère radiale ; on compte 160 pulsations en auscultant le cœur ; la respiration est fort accélérée ; poitrine sonore ; la face est grippée ; le cri conserve encore assez de force ; les vomissements continuent tout le jour, et la mort arrive à neuf heures du matin.

Autopsie le 15, à neuf heures du matin. — Infiltration des membres inférieurs et du scrotum ; le ventre est météorisé, très-volumineux ; il a 33 centimètres de circonférence ; aucune trace de muguet dans toute l'étendue du tube digestif. Après l'incision des parois abdominales, on trouve les intestins très-distendus par des gaz. La vessie est aussi très-dilatée par l'urine et remonte jusqu'à l'ombilic. Les circonvolutions intestinales, dans les points où elles se montrent, sont le siége d'une injection fine, arborisée ; des pseudo-membranes minces et d'un blanc jaunâtre commencent à les faire adhérer ensemble. Il existe des fausses membranes molles et jaunes sur la rate ; elles sont plus prononcées à sa circonférence. On n'en trouve pas sur le foie. Petite quantité de sérosité roussâtre dans le péritoine.

La muqueuse intestinale est rosée et donne de très-courts lambeaux. L'intestin grêle contient un liquide jaunâtre, et le gros intestin des matières fécales, marronnées, dures, accumulées surtout dans le rectum et à l'S iliaque du colon.

La muqueuse de l'estomac est pâle, et donne des lambeaux assez longs.

Les poumons sont rosés, souples et crépitants ; le cœur contient peu de sang.

Traces de l'érysipèle qui a existé sur les cuisses et à la partie inférieure de l'abdomen.

Nous voyons ici un enfant, qui paraît assez bien portant pour pouvoir être confié aux soins d'une nourrice, avoir un muguet qui guérit très-rapidement; puis, sans cause connue, et lorsque, examiné encore le matin, il paraissait dans un état satisfaisant, il est pris d'un érysipèle; le lendemain il commence à vomir, et le soir il est mort après avoir offert tous les symptômes de la péritonite. La durée totale de la maladie a été de douze à quinze heures. Dans l'observation suivante, la marche a été plus lente.

Obs. XXV.— *S.*—Bouley, garçon âgé de 6 jours, est placé au n° 2 de l'infirmerie, le 21 juillet 1812.

Il a un peu d'ictère; la langue est rouge et sèche; le ventre est tendu, sans être douloureux à la pression; érythème de l'anus; un peu de muguet.

Même état jusqu'au 27. Coryza; tension de l'abdomen; absence complète de déjections alvines.

Le 29. Le ventre est toujours tendu et commence à se ballonner; l'ombilic est entouré d'une rougeur assez vive; il est saillant; la peau est chaude: 120 pulsations; absence de selles; pas de vomissements; la face commence à s'altérer. (Cat. sur le ventre: bains; lavements laxatifs.)

Le 3. L'état s'est rapidement aggravé; le pouls a la même fréquence que la veille, 120; accélération de la respiration; vomissements porracés, dont on trouve des traces sur les joues et les lèvres; le ventre sonore, non douloureux; absence de selles; cri continuel; anxiété; traits contractés. (Pr.: *ut supra*; deux sangsues sur l'abdomen.)

Le 31. Même état; les vomissements continuent; la langue est couverte d'un enduit vert; le météorisme est encore augmenté; dyspnée; expression de souffrance; absence de selles; face grippée. Mort à deux heures après midi.

Autopsie le 1er août. — Muguet peu abondant dans la bouche; disséminé à la partie inférieure de l'œsophage, il est peu adhérent et teint en jaune par la matière des vomissements. L'estomac, un peu contracté, contient un liquide jaune; sa muqueuse est ramollie. Le foie est adhérent au diaphragme, au moyen d'une fausse membrane peu épaisse et qu'il est facile de détruire. Plusieurs anses de l'intestin grêle sont déjà fortement agglutinées par de fausses membranes. Un liquide d'une viscosité extrême s'étend sur tous les organes contenus dans l'abdomen, dans les points où les pseudo-membranes n'existent point encore. Il n'y a point d'épanchement dans le péritoine. Bien qu'il n'y ait point

eu de selles depuis trois jours, les intestins contiennent une matière jaune assez liquide. Ils sont très-distendus par des gaz. Toute sa muqueuse est fortement injectée; la muqueuse est molle et ne donne point de lambeaux. Les bronches, les poumons et les autres organes sont à l'état sain.

Il n'est point toujours très-facile de préciser le début; par exemple, lorsque les premiers symptômes se montrent pendant la nuit, ou lorsque l'enfant a été amené à l'infirmerie à une époque où l'inflammation du péritoine était déjà déclarée. Ce n'est donc que dans un nombre limité de cas qu'il nous a été possible de bien déterminer la durée de la maladie.

Quatorze fois seulement nous avons pu fixer l'apparition des premiers symptômes, et nous avons trouvé que la mort était arrivée

1 fois	au bout de	10	heures,
3 fois	—	12	—
1 fois	—	15	—
1 fois	—	16	—
1 fois	—	20	—
4 fois	après	1	jour,
1 fois	—	2	—
2 fois	—	3	—
14			

Ainsi, on voit que 11 fois sur 14 la mort arrive dans le premier jour de la maladie. On ne sera point étonné de la rapidité de la marche chez les nouveau-nés, quand on sait qu'elle est quelquefois presque aussi grande chez les enfants plus avancés en âge, et même chez l'adulte : ceci explique la difficulté que l'on éprouve à bien étudier les symptômes d'une maladie, dont les principales phases se succèdent dans un intervalle si court.

Ce tableau de la maladie, tel qu'il résulte des faits que nous avons réunis, ne serait pas tout à fait d'accord avec celui que Dugès en a tracé (thèse citée, p. 34, et art. *Péritonite* du Dictionnaire en 15 volumes, t. XII, p. 588).

D'après lui, la maladie débute par le gonflement du ventre et la constipation ; la peau est chaude ; refus du mamelon ; au milieu de la maladie, éructation et vomissements ; vers la fin, diarrhée peu abondante; l'enfant maigrit; les vomissements deviennent plus fréquents ; le ventre se gonfle ; l'affaissement succède à l'agitation, la stupeur à l'insomnie; les traits s'effilent ; l'enfant se refroidit, meurt sans secousse, et s'éteint par degrés. Il a vu les symptômes se dissiper en trois ou quatre jours, ou bien la mort arriver après une ou deux semaines.

Pour notre part, nous n'avons jamais vu la maladie suivre une

marche aussi lente ; nous nous contenterons donc de rapporter la description de Dugès, qui a sans doute observé dans des conditions différentes des nôtres, et que nous n'avons point à rechercher.

Diagnostic. — Le diagnostic ne saurait être un instant douteux, quand se trouvent réunis tous les symptômes dont nous avons cherché à établir l'importance. Ainsi, la tension et la douleur du ventre, avec des vomissements verts porracés et la constipation, suffiraient pour permettre de reconnaître l'existence de la péritonite. Le diagnostic sera encore plus certain quand on trouvera un érysipèle du ventre, et qu'on pourra reconnaître une maladie d'un des organes contenus dans cette cavité.

Mais il est des cas où les symptômes sont moins franchement accusés, où quelques-uns même peuvent complétement manquer, et il serait alors possible de confondre d'autres maladies avec la péritonite.

L'inflammation de l'estomac, le ramollissement gélatiniforme, qu'il ne faut pas trop se presser de rayer du cadre nosologique, se distinguent facilement par la nature des vomissements, par la diarrhée qui existe constamment ; ces affections se trouvent presque toujours liées à l'entéro-colite. Il n'y a point lieu de s'arrêter au sujet de la dyspepsie avec vomissements muqueux, de la constipation simple, des coliques spasmodiques, que Dugès s'est étudié à distinguer de la péritonite. Un point de diagnostic plus intéressant serait de séparer les symptômes dus à l'inflammation du péritoine de ceux qui accompagnent le rétrécissement ou l'oblitération de l'intestin. Un fait de ce genre a été publié par nous. Un enfant avait une absence complète de selles; le ventre était météorisé, volumineux; il y avait des vomissements constants d'un liquide jaunâtre, ainsi que des boissons ; l'anus était bien conformé ; il n'y avait aucun obstacle dans le rectum ; l'enfant meurt au bout de dix jours. A l'autopsie, on trouve une oblitération complète de l'intestin jéjunum. On aurait pu être disposé à admettre l'existence d'une péritonite. Cependant la durée de la maladie, beaucoup plus longue, la nature des vomissements qui étaient très-abondants et jaunâtres, au lieu d'être rares et de couleur porracée, l'état du ventre, qui, quoique très-météorisé, n'était point douloureux à la pression, l'absence d'altération des traits, si rapide et si profonde dans la péritonite, éloignèrent cette idée, et on admit l'existence d'un obstacle au cours des matières alimentaires, qui fut suffisamment justifiée par l'autopsie. Souvent, d'ailleurs, la péritonite vient compliquer ces vices de conformation, comme nous l'avons vu déjà.

La gêne de la respiration, qui résulte du météorisme, pourrait conduire à soupçonner une affection thoracique ; mais les signes fournis par la percussion et l'auscultation doivent suffire pour rectifier cette erreur. Il est bon, d'ailleurs, de ne point oublier que la pneumonie et la pleurésie peuvent exister en même temps que l'inflammation du péritoine.

Pronostic. — Il est presque superflu d'avancer que le pronostic est d'une extrême gravité. Tous les enfants observés par nous ont rapidement succombé aux progrès du mal. Cependant, il faut nous hâter de le dire, nous ne devons point conclure à cette gravité extrême des faits recueillis dans un établissement, où, comme on le sait, la mortalité est effrayante, même dans des maladies fort simples, quand on les observe dans les conditions ordinaires. Tous les jours nous sommes à même de faire cette comparaison, et nous devons nous tenir à cet égard dans une grande réserve.

Dugès a vu des symptômes de péritonite se dissiper au bout de trois ou quatre jours. Nous-même nous avons vu chez un enfant syphilitique un érysipèle se développer sur le ventre, celui-ci se tuméfier, les selles se supprimer, des vomissements jaunâtres avoir lieu, et tout ce fâcheux appareil de symptômes se dissiper au bout de deux jours. Enfin, plusieurs fois, dans des autopsies d'enfants encore fort peu avancés en âge, nous avons trouvé des adhérences très-fortes de la rate et du foie, conséquence évidente d'une péritonite remontant aux premiers jours de la vie, et peut-être de la vie intra-utérine ; nous en avons déjà cité un exemple (voy. l'obs. 12). Chez un enfant âgé d'un an, et qui avait succombé à une pneumonie, nous avons trouvé toute la face convexe du foie adhérente, de la manière la plus intime, au diaphragme et à la paroi abdominale. Ces adhérences étaient très-serrées ; elles paraissaient de date fort ancienne, et il a fallu de grands efforts pour les détruire. La rate était également très-adhérente. On sait, en effet, que c'est au niveau de ces deux viscères que l'inflammation péritonéale se développe le plus souvent, et que c'est presque toujours dans ces points qu'on trouve d'abord déposés les produits pseudo-membraneux.

Il est donc permis de penser que la péritonite, même chez les plus jeunes sujets, peut se terminer d'une manière favorable ; mais il faut convenir aussi que c'est là une exception assez rare.

Traitement.—Nos observations ne nous donnent point de bien utiles renseignements au point de vue de la thérapeutique ; le plus souvent la maladie était trop avancée et sa marche trop rapide pour qu'elle pût avoir le temps d'intervenir avec quelque

efficacité. Aussi tous les moyens mis en usage ont-ils constamment échoué et n'ont pu modifier en rien la violence des symptômes. Il ne nous est donc point permis de baser le traitement sur des documents aussi incomplets ; nous devons encore faire remarquer qu'il ne faut point se guider d'après des observations faites dans un hospice, au milieu des conditions les plus défavorables et tout à fait exceptionnelles, ce qui conduirait à des résultats bien capables de décourager. Nous ne renoncerons point, malgré cela, à dire quelques mots du traitement qui paraît le plus convenable, et qui serait sans doute plus efficace dans des circonstances meilleures.

Ce n'est point sans raison que nous avons étudié avec tant de soin les causes de la péritonite. Les combattre par avance, ainsi que les maladies qui en favorisent le développement, est la première indication que l'on doit remplir.

Il faut par conséquent surveiller avec la plus grande vigilance l'état du cordon, s'assurer de la manière dont la ligature et les compresses qui l'entourent sont placées, examiner si l'ombilic ne s'ulcère point et n'est point entouré d'une rougeur érysipélateuse, et comprimer, s'il est possible, à leur début, la phlébite ombilicale et l'érysipèle dont l'influence est si grande sur la péritonite. Il sera bon d'arrêter dans leur marche les phlegmasies de la peau et d'éviter de les provoquer ; comme nous en avons donné le conseil, ne pratiquer la vaccination qu'après les deux premiers mois de l'existence, à moins qu'une épidémie de variole actuellement régnante ne force à recourir à son inoculation ; ne jamais la pratiquer à la cuisse, ainsi que nous l'avons vu. On devra surtout redoubler de soins si la mère de l'enfant est atteinte de syphilis, d'une affection puerpérale et en particulier d'une péritonite ; le placer dans les conditions hygiéniques les plus favorables, le confier à une bonne nourrice ; séparer, autant que faire se pourra, les enfants malades, surtout s'ils sont réunis en certain nombre, et qu'il y ait à craindre les conséquences toujours si fâcheuses de l'encombrement et de l'influence épidémique.

Ce que nous venons de dire en dernier lieu s'applique surtout aux hospices destinés aux nouveau-nés, où il est à désirer que, sous bien des rapports, de grandes améliorations soient apportées.

On comprendra toute la valeur de ces recommandations, en se rappelant combien il est difficile d'enrayer dans sa marche la péritonite, une fois qu'elle est franchement déclarée.

Le traitement curatif consistera, au début, dans l'emploi des émissions sanguines ; 2 ou 4 sangsues seront appliquées sur le

ventre au voisinage de l'ombilic ; bien rarement il sera nécessaire de renouveler leur application, souvent même, lorsqu'on aura affaire à des sujets débiles et épuisés par des maladies antérieures, il sera bon de s'en abstenir et d'avoir immédiatement recours à d'autres moyens.

Les frictions mercurielles, chez le nouveau-né comme chez l'adulte, soit seules, soit combinées au calomel donné à l'extérieur, nous paraissent le traitement le plus applicable à tous les cas.

Nous nous bornerons à indiquer comme moyens accessoires les bains tièdes, les cataplasmes et les fomentations émollientes, les onctions huileuses et narcotiques sur le ventre, etc.

Si la maladie se prolongeait, sans amélioration bien évidente, nous n'hésiterions pas à appliquer un large vésicatoire sur le ventre, et bien que nous n'ayons point de faits à apporter à l'appui de cette médication, nous ne la proposons pas sans une certaine confiance.

Quant au régime alimentaire, Billard prescrit la diète absolue, et recommande de suspendre l'allaitement.

Dugès est moins rigoureux : si l'enfant tette, on doit, suivant lui, le faire teter moins longtemps, mais un peu plus souvent; s'il ne tette point, on donne un peu de lait coupé avec l'eau d'orge. Nous croyons ce précepte plus utile, et nous pensons qu'il sera bon de le mettre en pratique, à moins toutefois que la fréquence des vomissements ne s'y oppose.

---

10. *De l'inflammation franche des méninges chez les enfants*, (*arachnitis de la convexité de Parent et Martinet*); par le docteur Rilliet (de Genève), chevalier de la Légion d'honneur, ex-médecin interne de l'hôpital des Enfants malades, lauréat des hôpitaux et de l'Institut, etc. etc.

(Archives générales de Médecine, décembre 1846.)

§ I. *Préliminaires.* — Un grand nombre de médecins confondent encore toutes les maladies aiguës du cerveau chez les enfants sous le terme générique d'*hydrocéphale aiguë* (1) ou sous celui de de *méningite tuberculeuse*. Cependant cette erreur, que l'on peut reprocher même aux auteurs les plus récents, n'a pas été commise par tous ceux qui ont dirigé leurs recherches sur les maladies cérébrales de l'enfance.

Ce n'est pas toutefois dans les ouvrages des anciens, ou même

(1) Les mots ayant une grande valeur dans toute discussion scientifique, nous rappellerons ici que la dénomination d'hydrocéphale aiguë est synonyme de celle de méningite tuberculeuse ou de méningite de la base; il nous arrivera souvent d'employer ces mots l'un pour l'autre.

dans ceux des médecins des siècles plus rapprochés du nôtre, que l'on peut trouver les éléments de la question qui nous occupe. Hippocrate, Galien, Celse, Rhazès, ne nous fournissent pas plus de documents sur ce sujet que Willis, Harris, Hoffmann, Stoll, Cullen, etc.

Mais, parmi les pathologistes qui ont écrit à la fin du siècle dernier, au commencement ou dans le courant de celui-ci, il en est plusieurs qui ont cherché à établir une séparation bien nette entre des maladies que de nos jours encore on s'obstine à confondre.

Ainsi, Hopfengartner a distingué la méningite de l'hydrocéphale aiguë, et les caractères qu'il attribue à la première de ces maladies indiquent évidemment qu'il avait en vue notre méningite franche; ils sont pour la plupart assez exacts.

« Dès le premier jour, dit-il, et sans symptômes précurseurs, les enfants se plaignent de céphalalgie et de douleurs de ventre; dès le second ils sont alités; à partir du troisième, la maladie va constamment en augmentant, sans rémission et sans ces intervalles lucides que l'on observe dans l'hydrocéphale aiguë. Les enfants sont assoupis; leurs paupières sont fermées convulsivement; ils ont les dents serrées et la déglutition difficile; la constipation n'est pas aussi opiniâtre que dans l'hydrocéphale; elle ne résiste pas aux purgatifs violents comme dans cette maladie. Les vomissements manquent, et dès le premier jour le pouls est très-petit et lent, mais le coma arrive bien plus rapidement que dans l'hydrocéphale.

« Les enfants succombent le cinquième ou le septième jour, tandis que ceux atteints d'hydrocéphale meurent plus tard, et seulement dans la seconde période.

« A l'autopsie, on trouve les méninges enflammées *dans toute leur étendue* : l'inflammation s'étend dans les anfractuosités et sur les circonvolutions; les membranes sont plus épaisses que dans l'état normal, et leurs vaisseaux sont gorgés de sang. »

Cette description d'Hopfengartner se rapporte évidemment à la méningite franche. C'est bien là son début, sa marche et sa durée, et les caractères qu'il assigne à cette phlegmasie ont encore plus de valeur par leur comparaison avec les symptômes de l'hydrocéphale aiguë. Seulement ce médecin a commis une erreur en disant que les vomissements manquent, et que le pouls est lent et petit.

Les vomissements manquent très-rarement dans la méningite franche. Quant au pouls, il est souvent petit, mais il n'est pas lent. On aurait pu désirer aussi qu'une description exacte rem-

plaçât le mot *inflammation;* mais le fait que les lésions occupent une très-grande étendue à la surface des hémisphères nous paraît démontrer qu'il s'agit de la phlegmasie franche des méninges.

Coindet, tout en admettant que l'hydrocéphale est le résultat d'une inflammation particulière des parois ventriculaires ou de leur membrane interne, établit une grande différence entre la phrénésie et l'hydropisie des ventricules.

Matthey distingue la variété à laquelle il donne le nom d'*hydroméningite*, de l'hydrocéphale qui succède à la scarlatine et de l'hydrocéphale subaiguë : cette dernière est l'espèce décrite par Whytt, elle correspond à la méningite tuberculeuse des modernes. L'hydroméningite, au contraire, offre une assez grande analogie avec la maladie dont nous nous occupons ici, et se rapporte aussi à certains cas d'infiltration séreuse des méninges, dont on trouve des exemples daus les observations 4 et 6 du mémoire du médecin génevois. Voici les caractères que Matthey assigne à l'hydroméningite.

« Céphalalgie plus ou moins vive, léger mal de cœur, mouvements spasmodiques des membres; aspect brillant des yeux; délire sourd, tranquille, quelquefois furieux chez les adultes, contraction des pupilles, pouls fréquent, serré, perte de connaissance, assoupissement. Après la mort, épanchement gélatineux sur la surface du cerveau ; rarement dans les ventricules. »

Le docteur Jahn applique la dénomination d'*encéphalite idiopathique* à une maladie que l'on a, dit-il, confondue sous le nom d'*hydrocéphale* avec d'autres affections du cerveau. On verra par la description qu'il en donne que cette phlegmasie offre la plus grande ressemblance avec l'affection qui fait le sujet de ce travail.

L'encéphalite du docteur Jahn est caractérisée par une fièvre intense, accompagnée d'accélération de la respiratiou et d'une soif vive, et aussi par une grande agitation, une extrême susceptibilité pour le bruit et la lumière; par l'éclat des yeux, la rotation des globes oculaires dont la pupille est très-contractée; par de fréquents vomissements, une constipation opiniâtre, etc... En peu de jours, quelquefois en peu d'heures, la maladie arrive à son apogée. Dans les caractères anatomiques, l'auteur signale :

1° L'injection du cerveau et de ses membranes ;

2° La fermeté de la pulpe;

3° L'effusion d'une lymphe de couleur bleuâtre et blanc grisâtre dans les anfractuosités, et le long des vaisseaux ;

4° L'absence de l'épanchement séreux ventriculaire.

MM. Evanson et Maunsel ont aussi distingué l'arachnitis de la convexité, de l'inflammation des méninges de la base du cerveau et de l'hydrocéphale. Voici en quels termes ils s'expriment :

« Les enfants ne sont pas exempts de l'arachnitis de la convexité du cerveau, quoique cette phlegmasie soit plus rare chez eux que les variétés précédentes (l'hydrocéphale et la méningite de la base). Dans un cas remarquable que nous avons observé, nous avons trouvé un épanchement d'une lymphe épaisse et visqueuse, sur l'arachnoïde des lobes antérieurs du cerveau : l'enfant avait été pris subitement d'une violente attaque de convulsions, la tête était brûlante, la face rouge; il survint une fièvre intense accompagnée de délire et de spasme dans les membres, de coma et de paralysie. Le quatrième jour, l'enfant mourut. Un frère de cet enfant fut pris des mêmes symptômes, mais il fut traité à temps, et d'abondantes émissions sanguines arrêtèrent la maladie à sa première période. »

Nous aurions pu multiplier les citations; nous nous contenterons des précédentes qui prouvent suffisamment, comme nous l'avancions en commençant, que plusieurs des médecins qui ont décrit l'hydropisie ventriculaire aiguë ont cherché à séparer cette maladie de l'inflammation franche des centres nerveux.

Depuis que l'hydrocéphale a perdu son nom pour prendre celui de *méningite*, la confusion s'est de nouveau établie entre ces différentes espèces; et on le comprend aisément; car le langage lui-même aidait à la méprise. Il n'y avait rien d'irrationnel, en effet, à distinguer une hydrocéphale d'une inflammation des méninges, mais à quoi bon faire deux espèces de méningites ? Aussi les médecins qui ont décrit la maladie sous ce nom, Goelis, MM. Senn, Charpentier, etc., ont-ils confondu ces deux formes dans un même tableau. Cependant Parent et Martinet avaient déjà séparé, avec raison, l'inflammation de la base de celle de la convexité, et avaient reconnu que chez les enfants la première espèce est beaucoup plus fréquente que la seconde. Ils s'expriment en ces termes :

« L'arachnitis de la base est plus fréquente chez les enfants que chez les adultes; l'épanchement ventriculaire est d'autant plus fréquent que l'arachnitis se rapproche davantage de la base et des ventricules. L'arachnitis générale est beaucoup plus rare chez les enfants que chez les adultes...» Et plus loin : « Il est un point que nous nous sommes en vain efforcés d'éclaircir, nous voulons parler de la cause en vertu de laquelle l'arachnoïde de la base s'enflamme de préférence à toute autre région dans l'en-

fance, tandis que l'arachnitis de la cavité se montre davantage dans un âge plus avancé. » (*Loc. cit.*, p. 206.)

Malheureusement l'observation de ces habiles médecins s'était arrêtée-là, et ils n'avaient pas reconnu que ces deux espèces de méningites diffèrent de nature aussi bien que de siége.

Depuis la découverte de la véritable nature de la maladie dite *hydrocéphale aiguë*, par MM. Papavoine, Gerhard et Rufz, l'on a ajouté au mot *méningite* celui de *tuberculeuse*. Cet adjectif devait, ce semble, ramener le diagnostic dans une meilleure voie; mais il n'en a rien été, et MM. Piet, Green, Becquerel, Coignet, Delcair, etc., ont presque complétement passé sous silence la méningite franche.

M. Rufz, dans un mémoire postérieur de plusieurs années à ses recherches sur la méningite tuberculeuse, et aux travaux de quelques-uns des médecins que nous venons de citer, s'exprime en ces termes :

« Je n'ai parlé dans ma thèse que des cas d'affection cérébrale que je pouvais considérer comme de nature tuberculeuse, mais je n'ai pas nié qu'il ne pût en exister d'une autre nature... Pendant que j'observais à l'hôpital des Enfants, sur le grand nombre d'affections cérébrales que je trouvais de nature tuberculeuse, une seule me présenta les caractères d'une méningite inflammatoire, c'est-à-dire avec production de pus véritable. »

M. Rufz rapporte ensuite un fait intéressant de méningite franche chez un jeune nègre de huit mois. Dans les réflexions dont il accompagne la narration de ce fait, il se demande si l'on aurait pu distinguer pendant la vie cette inflammation franche de l'inflammation tuberculeuse. Il conclut par la négative.

Avant M. Rufz, M. Guersant, dans un article de *Dictionnaire de médecine*, avait distingué la méningite franche de la méningite tuberculeuse, mais il avait eu principalement en vue celle des adultes, et surtout la forme épidémique. Dans son article, écrit sous l'inspiration de l'épidémie qui régnait à Versailles, ce médecin s'est plutôt attaché à indiquer les différences qui séparent les deux espèces qu'à donner de la méningite franche une description exacte et complète, et c'est à peine s'il a établi quelques distinctions suivant les âges. Nous croyons donc être les premiers, M. Barthez et moi, qui ayons donné une description de la méningite franche des enfants, en appuyant nos assertions sur des faits. Nous pensions que la nécessité de la distinction entre les deux formes avait été généralement sentie; mais depuis la publication de notre ouvrage, plusieurs médecins estimables, MM. Delcour, Bouchut, Barrier et l'habile professeur de thérapeutique de la

Faculté, dans leurs travaux sur les maladies du jeune âge, ont presque complétement négligé la méningite franche.

M. Delcour a réuni, sous le titre collectif de *méningo-encéphalite*, toutes les affections du cerveau aiguës ou subaiguës, simples ou compliquées, et c'est à peine si, dans son article sur les symptômes, il a cherché à établir quelques différences entre les méningites simple et tuberculeuse. M. le professeur Trousseau donne le nom de *fièvre cérébrale* aux différentes maladies aiguës de l'encéphale chez les enfants, et ne cherche pas à les distinguer les unes des autres.

Quant à MM. Barrier et Bouchut, l'un et l'autre renvoient le lecteur à leur description de la méningite tuberculeuse.

« Les caractères anatomiques de la méningite simple, dit M. Bouchut, sont à peu de chose près les mêmes que ceux de la méningite tuberculeuse. »

« Nous pensons, dit M. Barrier, que ce ne sera pas laisser une lacune dans notre ouvrage que de ne pas y donner la description complète de la méningite simple. D'ailleurs, pour y suppléer, il suffirait de séparer dans l'histoire de la méningite tuberculeuse tout ce qui se rattache à l'élément tuberculeux, de ce qui concerne l'élément phlegmasique; car cette maladie résulte de l'alliance de ces deux éléments morbides. » Et plus loin : « Ces deux méningites ne diffèrent réellement, à part leur nature, que par leur terminaison et leur pronostic. »

Il nous est impossible de partager l'opinion des médecins dont nous venons de citer les noms, et leurs doctrines nous paraissent devoir introduire dans la science et dans la pratique la confusion la plus fâcheuse. Nous sommes loin d'être partisan des distinctions trop minutieuses; mieux que personne, nous savons qu'au lit du malade les divisions scolastiques ne sont pas aussi tranchées que dans les livres, et que le diagnostic n'a rien à gagner à trop de subtilité. Mais il est cependant certaines règles qu'un nosographe ne doit pas transgresser, sous peine de tomber dans le vague et la confusion.

Nous avons déjà démontré et nous démontrerons de nouveau jusqu'à l'évidence, que la méningite franche et la méningite tuberculeuse diffèrent entièrement. Leurs causes ne sont pas les mêmes, elles atteignent des enfants placés dans des circonstances différentes; elles n'ont ni le même mode de début, ni la même marche, ni la même terminaison, ni les mêmes caractères anatomiques, et très-certainement elles ne réclament pas un traitement en tous points semblables. Si cela ne suffit pas pour établir que ces deux affections sont deux maladies distinctes, complétement,

entièrement distinctes, il est inutile d'établir des espèces en nosologie. Pour nous, la méningite franche est aussi différente de la méningite tuberculeuse que la pneumonie est différente de la phthisie pulmonaire. Or, pour établir un point de comparaison entre des maladies siégeant toutes deux dans l'encéphale, nous affirmons que les caractères, qui servent à différencier les deux espèces de méningites, sont bien plus tranchés et bien plus nombreux que ceux qui font de l'hémorrhagie et du ramollissement cérébral deux maladies distinctes.

Deux mots avant d'entrer en matière : ils sont nécessaires, car nous craignons que les auteurs, qui nous ont fait l'honneur de nous lire ou de nous citer, ne nous aient pas bien compris sur ce point. Pour M. Barthez et pour moi, toute méningite, qui se développe chez un sujet tuberculeux, est une méningite tuberculeuse, que l'on trouve dans les mailles de la pie-mère des granulations, au niveau des parties enflammées, ce qui est de beaucoup le cas le plus fréquent, vu que l'on n'en trouve en aucun point de ces membranes. Pourquoi ? Parce que, à part cette différence, ces deux formes de méningite sont identiques, et parce qu'il n'est pas plus raisonnable d'en faire deux espèces distinctes, qu'il ne serait rationnel de regarder comme franche la méningite de la base, lorsque les granulations sont disséminées à la convexité ou lorsque les tubercules siégent dans le cerveau lui-même.

Nous avons dit que la méningite tuberculeuse et la méningite des tuberculeux ne sont qu'une seule et même maladie ; nous le prouvons :

1° *Par leur siége.* Toutes deux occupent la base.

2° *Par leur aspect.* Elles consistent dans un épaississement de la pie-mère, et une infiltration de fausses membranes ou de pus concret dans ses mailles.

3° *Par les lésions qu'elles déterminent ou avec lesquelles elle coïncident* ; car elles s'accompagnent d'un épanchement ventriculaire et coïncident souvent avec des tubercules cérébraux.

4° Enfin, *le dépôt tuberculeux*, qui ne manque jamais dans les autres organes, achève de démontrer leur identité.

Dans la méningite franche, au contraire, la pie-mère et quelquefois l'arachnoïde de la convexité ou des ventricules (1) sont enflammées le plus ordinairement dans une grande étendue, et infiltrées de pseudomembranes ou de produits purulents liquides.

(1) Nous entendons, avec Parent et Martinet, par méningite de la convexité, l'inflammation des membranes cérébrales qui tapissent la face supérieure des hémisphères, leurs parties latérales, la base des lobes antérieurs et postérieurs, et la face supérieure et postérieure du cervelet.

Cette inflammation ne s'accompagne d'épanchement ventriculaire que par exception, et enfin ne coïncide ni avec des tubercules méningés ou cérébraux, ni avec des granulations miliaires dans les autres organes. Ces différences, que nous avons déjà exprimées dans tous leurs détails, M. Barthez et moi, sont si tranchées, que, si l'on nous présente un cerveau d'enfant dont les scissures de Sylvius sont agglutinées, et dont la base offre une infiltration pseudomembraneuse ou purulente concrète, tandis que l'arachnoïde et la pie-mère de la convexité ne sont pas enflammées, nous n'hésitons pas à dire, sur ce simple examen, et sans dissection préalable, que très-probablement il y a des granulations dans les méninges, que les ventricules sont ou ont été distendus par un épanchement séreux, et que certainement il existe des tubercules soit dans les poumons, soit dans les ganglions bronchiques, soit ailleurs.

Nous nous faisons fort aussi, si l'on nous indique la nature et le nombre des tubercules dans les organes de la poitrine et du ventre, de dire avec une grande chance d'approximation quel a été le début, la marche et la durée de la maladie. Ainsi, si l'on nous apprend que l'on a trouvé chez cet enfant des granulations miliaires assez nombreuses dans les poumons et ailleurs, nous pourrons affirmer que les symptômes aigus ont été précédés de prodromes, que le début a été insidieux, que la méningite s'est annoncée par des vomissements, de la constipation, et une céphalalgie médiocre, sans fièvre vive, que l'intelligence a été conservée au moins pendant la première semaine, et que la maladie a duré deux ou trois septénaires.

D'un autre côté, si l'on nous présente le cerveau d'un enfant dont la convexité des hémisphères soit couverte de produits purulents ou de fausses membranes arachnoïdiennes dans une grande étendue, nous affirmons, sans crainte d'être démenti par l'expérience, qu'il n'existe de tubercules ni dans les méninges, ni dans le cerveau, ni ailleurs; que la maladie a éclaté brusquement et violemment, qu'elle a débuté par des convulsions, si l'enfant est très-jeune; s'il est plus âgé, par des vomissements, de la constipation et une violente céphalalgie ; que les symptômes ont été suivis, au bout de un, deux, trois jours ou plus, d'une formidable frénésie, enfin que sa durée a été très-courte, trois, quatre, six jours.

Nous prions nos confrères les médecins de l'hôpital des Enfants malades de se poser mutuellement ce problème. Nous sommes certain qu'en suivant la marche que nous leur indiquons, ils arriveront aux mêmes conclusions que nous. C'est une épreuve

que l'on n'a malheureusement que trop d'occasions de répéter sur la table de l'amphithéâtre de l'hôpital de la rue de Sèvres.

Nous le demandons à tous les praticiens de bonne foi, y a-t-il beaucoup de maladies que l'on puisse ainsi reconstituer de toutes pièces sur l'inspection d'une simple lésion anatomique? Et pour pouvoir établir des différences aussi tranchées que celles que nous venons d'énumérer entre ces deux espèces de méningite, ne faut-il pas que ces maladies soient entièrement distinctes l'une de l'autre ?

Nous nous sommes laissé entraîner par la discussion, et nous n'avons pu qu'esquisser à grands traits les différences anatomiques et symptomatiques qui séparent la tuberculisation méningée de la méningite franche.

Dans notre article sur le diagnostic, nous reviendrons sur ce sujet, et nous entrerons dans tous les details désirables, en tenant compte de la forme primitive ou secondaire de la méningite franche, de l'âge des sujets qu'elle atteint, etc.

Les doutes qui planent encore sur la question que nous venons d'agiter, et le petit nombre de faits (six) que nous avions à notre disposition, M. Barthez et moi, quand nous avons écrit notre chapitre sur la méningite franche, m'ont engagé à reprendre ce sujet *ab ovo*, en m'aidant de nouvelles observations,

Ces nouveaux faits, je les ai trouvés dans les ouvrages de Parent et Martinet, d'Abercrombie, de Senn, de Charpentier, de Rufz, de Hache, de Durand, et dans les *Archives générales de médecine*. Enfin j'en ai recueilli moi-même deux à Genève.

Si l'on me reprochait de m'être servi de quelques faits que nous avions cru devoir laisser de côté, M. Barthez et moi, parce qu'ils avaient été recueillis à une époque antérieure à celle de la découverte de la méningite tuberculeuse , je répondrais, pour me justifier, que je ne me suis servi des observations des docteurs Parent, Abercrombie, Senn, Charpentier, qu'après avoir vérifié de nouveau l'exactitude des caractères anatomiques et symptomatiques que nous avions, M. Barthez et moi, assignés à la méningite franche, en contrôlant notre ancienne description au moyen des observations de MM. Rufz, Hache, Durand et de celles que j'ai recueillies à Genève (qui sont toutes des exemples incontestables de méningite inflammatoire). D'autres motifs encore m'ont engagé à me servir de ces faits :

1° Ils ont été recueillis en dehors de toute préoccupation systématique, et ils offrent sous tous les rapports la plus grande analogie avec nos observations et avec celles de MM. Rufz, Durand et Hache : cette analogie est telle qu'en analysant séparé-

ment ces deux séries, je suis arrivé à des conclusions identiques. Si les conséquences sont les mêmes, les prémisses ne doivent-elles pas avoir été semblables ?

2° L'examen des viscères, dans les cas où l'autopsie a été pratiquée d'une manière complète, n'a fait découvrir aucune trace de tubercule.

3° Enfin, dans les cas où la tête seule a été examinée, l'âge des sujets, l'instantanéité du début, et le caractère des symptômes et des lésions anatomiques de la phlegmasie cérébrale, ont été pour nous des indices suffisants de la véritable nature de la maladie.

Du reste, j'ai indiqué la source où j'ai puisé, et chacun est libre de vérifier la valeur de mes assertions. Dans tous les cas précités, la maladie s'est terminée par la mort, et l'observation a été complétée par l'autopsie ; mais j'ai aussi recueilli et consulté d'autres faits qui me paraissent être des exemples de méningites terminées par le retour à la santé. Comme ces observations pourraient être l'objet d'un doute, il n'en sera question qu'à l'article du *pronostic*.

§ II. *Caractères anatomiques.* — S'il faut une grande habitude pour découvrir les lésions souvent légères et cachées que la méningite tuberculeuse laisse après elle, il n'est pas nécessaire d'être un anatomo-pathologiste consommé, pour reconnaître les altérations organiques que l'inflammation franche des méninges entraîne à sa suite.

A peine, en effet, a-t-on incisé la dure-mère, qui est souvent tendue et remarquablement injectée, et dont les sinus contiennent d'ordinaire, ainsi que les grosses veines cérébrales, des caillots et du sang à demi coagulé, que l'on aperçoit une partie ou la presque totalité de la face convexe des deux hémisphères (très-rarement d'un seul), revêtue d'une couche d'une belle couleur jaune d'œuf ou jaune verdâtre. Ce dépôt se trouve aussi à la face interne des hémisphères, sur la face supérieure du cervelet, au niveau des lobes antérieurs et postérieurs, souvent aussi à la base, qui, dans quelques cas cependant, en est complétement exempte. Un examen même superficiel ne permet pas de méconnaître que c'est à du pus liquide, à du pus concret ou à des fausses membranes que le cerveau doit sa coloration jaunâtre ; et un examen plus attentif démontre que ces produits phlegmasiques siégent toujours dans la pie-mère, assez souvent aussi dans la grande cavité de l'arachnoïde, mais en beaucoup moins grande abondance que dans le tissu sous-arachnoïdien.

C'est donc la méningite suppurée qui va faire le sujet de cet

article. Nous n'avons pas cru devoir faire rentrer dans notre cadre certains cas de vive congestion encéphalique, que quelques médecins regardent comme des exemples de méningite à la première période, ainsi que nous aurons occasion de le dire à l'article du *diagnostic différentiel.* Les cas de cette espèce ne sont pas en tout semblables à ceux de la méningite, et d'ailleurs, dans cette dernière maladie, la formation des produits inflammatoires est assez rapide, pour que l'on ait droit de conclure que l'on a eu affaire à une maladie différente de la méningite, si après la mort on ne trouve ni pus, ni fausses membranes dans les méninges. Nous avouerons cependant que ces distinctions, qui ne sont pas très-difficiles à établir quand il s'agit de la méningite sporadique, deviennent beaucoup plus délicates quand on a affaire à la méningite épidémique. Dans cette forme, et chez des sujets qui ont succombé à une époque très-rapprochée du début, on n'a pas trouvé de pus dans l'arachnoïde ou la pie-mère, mais une simple congestion cérébrale.

Les produits inflammatoires doivent être étudiés séparément dans la membrane séreuse et dans le réseau vasculaire qui lui est sous-jacent.

A. *Arachnoïde.* — L'arachnoïde qui tapisse la périphérie de l'encéphale, alors même qu'elle contient des produits phlegmasiques, n'offre elle-même aucune trace d'inflammation. Elle a presque toujours conservé son poli et sa transparence normale.

Dans les cas où la mort a lieu à une époque rapprochée du début, on trouve quelquefois du pus dans la grande cavité : il est peu abondant, une ou deux cuillerées à café ; mais il est bien lié, inodore, d'un beau jaune, et en tout semblable au pus des autres membranes séreuses enflammées. D'autres fois on ne trouve qu'une sérosité jaunâtre trouble, mélange de sérum et de pus, qui, alors, est un peu plus abondant, une ou deux cuillerées à soupe. Chez les très-jeunes enfants, la quantité du liquide peut être même beaucoup plus considérable et constituer un véritable épanchement (1).

Lorsque la mort survient à une époque un peu plus éloignée du début (cinquième, sixième, septième jour), le pus a perdu de

(1) Abercrombie rapporte l'observation d'un enfant de huit mois, atteint de méningite franche, chez lequel on observa dès le début une proéminence remarquable de la fontanelle antérieure... Cette tumeur fut ouverte et donna issue d'abord à un liquide purulent, et ensuite à de la sérosité sanguinolente. A l'autopsie, on reconnut que l'ouverture aboutissait à un épanchement de matière floconneuse, épaisse, qui existait entre l'arachnoïde et la dure-mère (probablement qu'il était dans la grande cavité), et qui couvrait la surface du cerveau dans une étendue considérable. Un epanchement semblable se trouvait entre l'arachnoïde et la pie-mère.

sa liquidité ; sa partie séreuse est résorbée, il est devenu concret et peut simuler une fausse membrane ; ou bien ce sont de véritables fausses membranes qui tapissent le feuillet viscéral de l'arachnoïde. Ces pseudomembranes ont aussi une teinte d'un beau jaune ; elles sont minces, molles, et rarement étendues sur une très-grande surface ; presque toujours on peut les détacher avec facilité de la membrane séreuse ; il peut arriver cependant que l'on saisisse déjà un commencement d'organisation ou d'adhérence entre la fausse membrane et l'arachnoïde (1).

Pie-mère. — Dans la pie-mère, on retrouve des lésions analogues, du pus liquide ou semi-liquide, ou se liquéfiant au plus léger contact, surtout chez les sujets qui ont succombé avant le quatrième ou le cinquième jour. On peut alors faire cheminer le pus au-dessous de l'arachnoïde en promenant le doigt à sa surface, comme s'il était sécrété aussi bien par la face adhérente de la séreuse que dans les mailles de la pie-mère ; et en piquant l'arachnoïde on voit sourdre des gouttelettes de pus dans lesquelles on retrouve des globules bien distincts. Plus tard ce pus est concret, aplati, infiltré, formant une couche générale de plusieurs millimètres d'épaisseur, qui descend quelquefois dans le fond des anfractuosités. Cette infiltration purulente, engagée dans les mailles de la pie-mère, boursoufle cette membrane, et paraît en augmenter l'épaisseur et la consistance. Le long des gros vaisseaux, la couche purulente concrète est toujours plus épaisse qu'ailleurs ; elle est aussi toujours plus abondante sur les circonvolutions et dans les anfractuosités de la face supérieure et latérale du cerveau, que dans les même points de la surface inférieure ; de la base au niveau du chiasma des nerfs optiques et de la protubérance, la pie-mère est quelquefois parfaitement saine.

Dans les points qui sont envahis par la suppuration liquide ou concrète et aussi ailleurs, elle offre une vive injection ; c'est un beau lacis vasculaire infiniment multiplié. On dirait que l'on y a poussé une injection au vermillon. La vivacité de cette injection est en raison directe de la rapidité de la mort. La pie-mère se détache en général facilement de la substance cérébrale, surtout quand la terminaison fatale a eu lieu à une époque rapprochée du début. Chez les jeunes sujets, on peut trouver un hémisphère couvert de pus ou de fausses membranes, tandis

(1) M. Senn a trouvé, chez un enfant qui avait succombé le sixième jour à une méningite franche, « des fausses membranes couenneuses et purulentes entre les deux feuillets séreux dans la grande cavité de la séreuse ; en les enlevant avec précaution, on peut voir se déchirer de petites houppes celluleuses et muqueuses qui les unissent à cette membrane. »

que la pie-mère de l'autre est infiltrée de liquide séreux (1).

Substance cérébrale. — L'encéphale est ferme, quelquefois même plus que d'ordinaire. Les substances grises et blanches sont peu colorées, quand la mort est survenue du deuxième au quatrième ou cinquième jour ; plus tard, elles peuvent être encore parfaitement saines, mais plus souvent on trouve la substance grise d'un rose assez vif, la substance blanche abondamment piquetée. Pris dans son ensemble, le cerveau est toujours ferme; mais la partie superficielle des circonvolutions est quelquefois ramollie, et la pie-mère qui lui est adhérente entraîne quelques fragments de la substance cérébrale. Cette encéphalite est d'autant plus profonde et plus étendue que la mort a eu lieu à une époque plus tardive (2).

Chez les très-jeunes enfants, le cerveau est quelquefois mou dans sa totalité : cette mollesse dépend très-probablement d'un œdème de sa membrane.

L'état de la substance cérébrale, chez les sujets qui succombent dans les premiers jours de la méningite, démontre évidemment que la phlegmasie méningée est la maladie principale, et que la partie superficielle des circonvolutions ne participe que consécutivement à l'inflammation.

Ventricule. — La règle est de trouver les ventricules vides de sérosité transparente : une seule exception a lieu chez les très-jeunes enfants.

A cet âge, en effet, l'effusion séreuse se fait avec une grande facilité, soit dans la pie-mère, soit dans le cerveau, soit dans les ventricules; et de même qu'on trouve quelquefois un hémisphère couvert de fausses membranes, et l'autre de sérosité infiltrée dans les mailles de la pie-mère, en même temps que le cerveau est rendu plus mou par l'absorption de la sérosité; de même aussi les ventricules contiennent quelquefois plusieurs onces de sérosité claire. En disant que les ventricules étaient le plus ordinairement vides de sérosité, nous avons ajouté le mot *transparente,* parce que nous ne voulions pas dire qu'ils ne contenaient aucun liquide (3). En effet, on peut trouver dans la

(1) Voyez observation 1.

(2) Nous citerons comme exception l'observation 6 des recherches du docteur Senn. Dans ce fait (qui n'est pas rentré dans notre résumé), il existait une véritable complication de ramollissement cérébral; mais il n'est pas dit si la substance encéphalique était ramollie dans les points sous-jacents aux méninges enflammées.

(3) En parlant de la terminaison de la méningite, nous discuterons la question de savoir si certaines hydrocéphalies subaiguës ou chroniques ne sont pas le résultat de l'inflammation de la membrane ventriculaire, et si dans les cas

cavité une ou deux cuillerées à café, et presque jamais plus d'une ou deux cuillerées à soupe de pus ou de sérosité purulente. Leurs parois sont rarement tapissées par des fausses membranes.

La séreuse ventriculaire et les plexus choroïdes offrent dans quelques cas des signes évidents d'inflammation ; ainsi, la séreuse est d'un rouge vif, inégale, râpeuse, comme granuleuse, très-molle, se déchirant à la moindre traction, chez les enfants qui ont succombé à une époque très-rapprochée du début ; ou bien pâle, mais terne et un peu épaissie, avec une surface rugueuse au toucher, chez ceux qui sont morts plus tard (1).

Les parties centrales, la voûte, le septum lucidum, ont souvent conservé leur fermeté ; d'autres fois elles sont plus molles, quelquefois diffluentes. Le ramollissement a lieu chez les très-jeunes enfants, dont l'épanchement ventriculaire est abondant ; quelquefois aussi chez ceux, dont les ventricules ne contiennent que quelques gouttes ou quelques cuillerées à café de pus ou de sérosité purulente. Dans ce dernier cas, le ramollissement ne peut être attribué à la macération de la pulpe dans la sérosité ; il est très-probablement le résultat de l'inflammation.

Résumons en quelques mots les caractères anatomiques de la méningite suivant : 1° la durée de la maladie, 2° l'âge des malades, 3° le siége qu'occupe l'inflammation.

1° Dans les cas où la mort survient avant le cinquième jour, on trouve du pus liquide, semi-liquide, ou des fausses membranes dans l'arachnoïde ou dans la pie-mère, qui est vivement injectée, mais n'adhère pas à la substance cérébrale saine. Plus tard, on ne retrouve le plus ordinairement que du pus concret ou des fausses membranes ; la pie-mère est moins injectée à la surface des circonvolutions qui sont quelquefois rouges et molles. Dans quelques cas, la membrane ventriculaire est enflammée, l'on trouve un peu de pus ou de sérosité purulente dans les ventricules, presque jamais d'épanchement séreux.

2° Chez les très-jeunes enfants, le cerveau est mou dans toute son étendue ; les ventricules contiennent souvent une grande quantité de sérosité ; on peut aussi rencontrer un épanchement séreux sous-arachnoïdien abondant.

3° La méningite générale, c'est-à-dire celle qui enveloppe toute ou presque toute la surface encéphalique, est la plus fréquente ; la méningite de la convexité vient après elle, puis celle

de cette espèce le liquide ne possède pas des qualités spéciales qui permettent de reconnaître sa nature inflammatoire.

(1) M. Gendrin, dans sa traduction d'Abercrombie, p. 80 et note.

de la base et des ventricules réunis qui est infiniment plus rare que les deux autres (1).

Altérations des autres organes. a. *Moelle épinière.* — L'inflammation des enveloppes du cerveau s'étend quelquefois à celles de la moelle, et il est probable que cette complication n'est pas rare. Malheureusement, dans les faits dont nous avons pu disposer, l'examen du cordon rachidien n'a été qu'exceptionnellement pratiqué. Nous renvoyons pour la description de cette complication à notre *Traité des maladies des enfants.*

b. *Organes thoraciques et abdominaux.* — La méningite étant quelquefois secondaire, nous n'avons rien à dire ici des lésions organiques qui ont précédé son apparition; nous en parlerons dans notre article sur les causes. Dans la forme idiopathique, il n'existe aucune lésion spéciale dans les viscères du ventre et de la poitrine; deux fois seulement, on a constaté la présence de quelques ulcérations dans l'estomac.

Mais le fait important, qui ressort de l'examen des organes contenus daus les cavités splanchniques, c'est que, dans la forme primitive aussi bien que dans la forme secondaire, on ne rencontre pas de tubercules dans les viscères, qui en contiennent toujours chez les sujets qui succombent à la méningite de la base.

Ainsi dans aucun des dix-sept cas, où les organes thoraciques ou abdominaux ont été examinés, on n'a trouvé de la matière tuberculeuse; tandis que, s'il s'était agi d'une méningite de la base, nous sommes convaincu que, sur les dix-sept autopsies, dix-sept fois on aurait trouvé des tubercules dans les viscères.

Mais nous ne voulons pas nous contenter d'une simple assertion, bien qu'elle soit confirmée par tous les faits que nous avons recueillis; nous préférons analyser les observations d'un auteur, le docteur Senn, qui a écrit à une époque où on ne connaissait pas la méningite tuberculeuse, et qui, par conséquent, n'a pas colligé des faits sous l'empire d'une idée préconçue.

(1) Dans vingt-trois cas, où l'on a tenu compte de l'étendue et du siége de l'inflammation, quatorze fois les produits inflammatoires occupèrent une grande partie de la convexité des hémisphères, et une étendue plus ou moins grande de la base; huit fois l'inflammation avait presque exclusivement envahi la convexité; une seule fois la base et les ventricules étaient enflammés à l'exclusion de la convexité.

Voici le tableau analytique des douze autopsies contenues dans son ouvrage :

Observ.	Pages.	Forme de la méningite.	Tubercules viscéraux ou ganglionnaires.
1.	1.	Générale.	—
2.	8.	Base.	Ganglions bronchiques.
3.	14.	*Id.*	Ganglions bronchiques. Poumons.
4.	22.	*Id.*; de plus, petites plaques lenticulaires (1) de pus concret le long des vaisseaux des membranes qui recouvrent les hémisphères.	Poumons.
5.	27.	Générale.	—
6.	32.	Tiers postérieur de la surface supérieure des hémisphères infiltré de pus à la base.	—
7.	39.	Base.	Poumons.
8.	45.	(Fièvre typhoïde, pas de méningite.)	
9.	50.	Base.	Cerveau.
10.	59.	Petites plaques jaunes (2) de pus concret le long des vaisseaux de la partie moyenne de l'hémisphère droit. — Base.	Ganglions bronchiques, poumons, ganglions mésentériques.
11.	65.	Base.	Ganglions bronchiques.
12.	70.	*Id.*	Poumons.

Sur les onze méningites, deux sont générales ; la troisième occupe une assez grande étendue de la face convexe, à l'exclusion de la base. Dans ces trois cas on ne trouve pas de tubercules. Dans les huit autres autopsies, il s'agit de méningites de la base, et chez tous les sujets les ganglions bronchiques, les poumons ou le cerveau, renferment des tubercules. Cette analyse que nous venons de faire des observations de M. Senn, nous l'avons répétée en nous servant des faits publiés par d'autres médecins. Elle nous a donné les mêmes résultats : c'est donc avec raison que nous pouvons formuler cette loi d'anatomie pathologique, *que les méningites générales et les méningites de la convexité n'atteignent que les enfants non tuberculeux, tandis que la méningite de la base, sans inflammation de la membrane ventriculaire, appartient exclusivement aux tuberculeux.*

Nous sommes aussi persuadé de la vérité de cette loi, que M. Louis l'était de l'exactitude de celle-ci, savoir : que, lorsqu'il existe des tubercules dans un organe, il en existe toujours aussi dans les poumons. Et de même que cet habile médecin n'hésite pas, en voyant une péritonite tuberculeuse, à diagnostiquer des

(1) Ces petites plaques lenticulaires étaient très-probablement des granulations ou des plaques tuberculeuses.

(2) Même remarque que pour l'observation 1.

tubercules pulmonaires, de même nous n'hésitons pas (ainsi que nous l'avons dit dans nos préliminaires), en voyant une méningite exclusivement limitée à la base, à prononcer que l'enfant qui a succombé à cette affection est un tuberculeux.

La règle que nous venons de poser est vraie dans l'immense majorité des cas; mais, en pathologie, il n'y a pas de loi absolue, aussi il est possible qu'on cite quelques exceptions. Ainsi il pourra peut-être arriver que, si les méninges s'enflamment à la suite d'une fracture du crâne, d'une inflammation du globe oculaire ou d'une résorption purulente, ces causes directes, agissant chez un tuberculeux, donnent naissance à une phlegmasie semblable à celle qui fait l'objet de ce chapitre, bien que nous n'en connaissions pas d'exemples; mais nous sommes convaincu que, lorsque la maladie se développe en dehors de toute cause directe, chez le tuberculeux, c'est la base; chez le non-tuberculeux, la convexité ou toute la périphérie de l'encéphale qui seront enflammées.

§ III. *Symptômes.* — Les symptômes nerveux isolés ou réunis sont dans la méningite, à toutes les périodes de l'enfance, ceux qui offrent le plus d'importance; aussi est-ce par leur étude que nous allons commencer.

La *céphalalgie* est un symptôme constant de la méningite primitive chez les sujets qui ont dépassé l'âge de deux ou trois ans. Au-dessous de cet âge et aussi dans certains cas d'inflammation secondaire, elle est inappréciable. La céphalalgie existe dès le début, et coïncide avec la fièvre et les vomissements, ou les précède de quelques heures ou d'un jour. Elle occupe presque toujours le front. Elle est remarquable par son intensité; elle arrache des cris aux jeunes malades; elle est beaucoup plus violente que dans la fièvre typhoïde et dans la plupart des cas de méningite tuberculeuse, et surtout elle offre ceci de particulier, que dès le début elle a atteint son apogée; tandis que dans la méningite tuberculeuse elle n'est jamais aussi intense les premiers jours. Nous avons cru remarquer aussi que la céphalalgie était plus continue, et moins sujette aux exacerbations et au retour par accès. La durée de la douleur de tête, ou tout au moins de la période pendant laquelle on peut la reconnaître, est assez exactement mesurée par l'époque d'apparition de l'agitation, du délire et du coma, c'est dire qu'elle dure peu, un, deux, trois jours, rarement plus. Dans les cas où l'intelligence reparaît après un accès de délire, on peut aussi voir reparaître la céphalalgie. (Voy. observation 3.)

Les *troubles de l'intelligence* arrivent très-rapidement; jamais

ils ne manquent, que l'inflammation soit primitive ou secondaire, qu'elle atteigne de très-jeunes enfants ou des enfants plus âgés.

Dans presque tous les cas, chez les sujets qui ont dépassé l'âge de quatre à cinq ans, la perversion des facultés intellectuelles précède les désordres de la motilité. Elle se montre à une époque très-voisine du début; le plus souvent le premier ou le second jour, au plus tard le troisième ou le quatrième jour (1). Chez les plus jeunes sujets, il n'en est pas de même, les convulsions marquent souvent, à cet âge, le début de la méningite.

Les premiers désordres de l'intelligence consistent, en général, dans une vive anxiété, une excessive agitation. Les enfants n'ont aucune bonne place; ils changent sans cesse de position. Ils ne répondent aux questions que d'une manière incomplète ou refusent de répondre. puis survient un délire violent, suraigu, furieux. Dans des cas rares, chez les plus jeunes sujets, la somnolence ou le coma précèdent l'agitation et les autres désordres du système nerveux; mais le plus souvent le coma succède au délire et alterne avec lui. Vers la fin, c'est la somnolence ou le coma qui dominent. Il est très-rare, une fois que l'agitation et le délire se sont montrés d'une manière désordonnée, de voir les enfants reprendre connaissance (voy. observation 3). Ces altérations de l'intelligence diffèrent de celles de la méningite tuberculeuse régulière parce qu'elles sont en général plus intenses, et surtout parce qu'elles se montrent à une époque beaucoup plus rapprochée du début.

Troubles de la motilité. — Le symptôme le plus important que nous ayons à étudier sous ce titre sont les convulsions : comme nous l'avons dit, elles marquent souvent le début chez les enfants du premier âge; elles sont alors remarquables par leur intensité, se répètent coup sur coup jusqu'à la mort, et impriment à la maladie un cachet tout particulier.

Chez six enfants âgés de quatre mois à deux ans, les convulsions ont eu lieu trois fois au début, deux fois à une époque un peu plus éloignée, une seule fois six jours avant la mort (huitième de la maladie). Chez les enfants plus âgés, les convulsions manquent au début ou même à une époque qui en est très-voisine. Lorsqu'elles existent (ce qui n'est pas rare, puisqu'on les observe dans environ la moitié des cas), elles se montrent deux ou trois jours avant la mort, ou bien elles sont terminales. Elles sont aussi

(1) Un seul malade, dont l'observation appartient à M. Hache, n'eut du délire que le septième jour, mais la phlegmasie n'était pas simple. Nous reproduisons plus loin cette observation.

souvent partielles que générales, et ne se répètent pas coup sur coup comme chez les plus jeunes enfants. Nous citerons, comme exception aux règles que nous venons de poser, l'observation d'une jeune fille de quatre ans, rapportée par le docteur Gendrin. Cette enfant, après vingt-quatre heures de nausées, de vomissements, de fièvre et de céphalalgie, fut prise d'une violente attaque de convulsions qui se répéta à plusieurs reprises. Dans ce cas il existait une méningite ventriculaire intense jointe à une méningite de la base.

Les autres désordres de la motilité remplacent les convulsions quand elles manquent, ou leur succèdent quand elles ont disparu. Ainsi chez quelques sujets il y a, à une époque rapprochée du début, premier ou second jour, quelquefois plus tard, de la roideur du tronc et des membres, des soubresauts des tendons; chez d'autres, le dernier ou l'avant-dernier jour, on observe une véritable hémiplégie. Quelques-uns de ces symptômes, la roideur permanente du tronc avec rachialgie, le renversement de la tête en arrière, appartiennent probablement à la méningite rachidienne qui complique souvent la méningite cérébrale.

Organes des sens.—La crainte du bruit et de la lumière existe au début; à une époque qui n'en est pas très-éloignée, il y a quelquefois du strabisme et de la contraction des pupilles. Plus tard, elles sont le plus souvent énormément dilatées, insensibles à la lumière : alors aussi la sensibilité tactile est émoussée.

Facies. — Au début, le facies est animé, coloré, puis tantôt pâle, tantôt rouge; ensuite le facies est hagard, grimaçant, exprimant à un haut degré l'anxiété et l'agitation, ou bien hébété et stupide; le regard est fixe par moments, et peu d'instants après l'expression devient celle de l'égarement.

Circulation. — La fièvre existe dès le début; elle est assez forte; le pouls est fréquent et la chaleur vive. En général le mouvement fébrile dure jusqu'à la fin. Cependant il peut arriver qu'il y ait une espèce d'intermittence dans la fièvre : ainsi, nous l'avons vue tomber le quatrième jour, le cinquième le pouls être intermittent, et battre de 88 à 100, puis s'accélérer de nouveau (voy. observation 3). Chez un autre malade dont la méningite était secondaire, le pouls se ralentit d'une manière remarquable, et, de régulier qu'il était, devint irrégulier. Du reste, l'irrégularité du pouls, son accélération et sa petitesse la veille de la mort ont été des caractères constants (1).

(1) Nous appelons de nouvelles recherches sur le caractère du pouls dans la méningite. Quelques-unes des observations que nous avons recueillies ou consultées manquent de détails précis à cet égard.

Respiration.—La respiration est en général très-irrégulière; les inspirations varient de nombre d'un jour à l'autre ; elles sont inégales, suspirieuses.

Un de nos jeunes malades nous a offert une accélération considérable de la respiration. (Voy. obs. 1.)

Nous avons trouvé ce symptôme mentionné dans deux autres observations qui appartiennent à Abercrombie, et nous croyons qu'il a quelque importance. Dans deux cas de méningite secondaire, chez des enfants plus âgés, il y a eu au contraire une diminution considérable du nombre des inspirations.

Digestion.— Les vomissements dans la méningite primitive de la seconde enfance ne manquent presque jamais ; ils existent en général au début, le premier et le second jour ; ils sont spontanés, fréquents, abondants et bilieux. Ils peuvent se reproduire sans relâche jusqu'à une époque voisine de la mort, mais c'est une exception. (Voy. obs. 2 et 3.)

Chez les jeunes enfants, dans la forme convulsive, et chez les plus âgés, dans quelques cas d'inflammation secondaire, ils manquent souvent. Ce fait est assez singulier pour les plus jeunes sujets, surtout, qui vomissent avec tant de facilité. Cela tient peut-être à la brusque compression de l'encéphale, d'où résulte la paralysie des nerfs pneumo-gastriques. (Voy. obs. 1 et 1 bis.)

La constipation est fréquente, mais elle n'est pas aussi constante, surtout chez les très-jeunes sujets, et aussi opiniâtre que dans la méningite tuberculeuse. Il n'est pas très-rare de voir les enfants aller à la garde-robe tous les jours à une époque où la méningite est bien déclarée. (Voy. obs. 1, 1 *bis* et 2.)

Le *ventre*, à un moment voisin de la mort, se rétracte comme dans la méningite tuberculeuse ; chez les jeunes enfants, et dans la méningite secondaire, il conserve sa forme.

La perte de l'appétit, l'intensité de la soif, sont des symptômes qui indiquent aussi la nature fébrile de la maladie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 11. *Réflexions et observations sur un point de l'histoire du cathétérisme ;* par M. BÉNIQUÉ.

(Journal de Chirurgie de M. Malgaigne, novembre 1846.)

On a beaucoup écrit sur le cathétérisme, et cependant cette opération, si simple en apparence, mériterait encore, ce me sem-

ble, d'être sérieusement étudiée. Dans cet article, je me propose de discuter quels sont les avantages que peut offrir, selon les diverses indications qu'il s'agit de remplir, un cathéter plus volumineux à son extrémité que dans le reste de sa longueur, régulièrement cylindrique, ou de forme conique.

De l'emploi des cathéters plus volumineux à leur extrémité que dans le reste de leur longueur. — Existe-t-il une limite au delà de laquelle on ne doit pas diminuer le diamètre des cathères rigides ? Lorsqu'on approche de cette limite, quels sont les inconvénients à redouter ? quelles précautions faut-il prendre pour les éviter ?

On introduit dans l'urètre des instruments rigides d'un petit diamètre pour faciliter l'écoulement de l'urine retenue dans la vessie, ou bien pour dilater un ou plusieurs points rétrécis.

Le premier cas offre en général beaucoup plus de difficultés que le second. Dans celui-ci, il y a peu d'incertitude sur la route à suivre, et presque toujours, des introductions préalables de bougies flexibles ont simplifié la tâche.

Dans l'autre cas, les conditions ne sont plus les mêmes. Le plus ordinairement, il s'agit de retrouver un conduit délié, obstrué momentanément par des causes diverses. C'est alors principalement, que des médecins, dont je suis loin de blâmer la prudence, ne voient pas sans appréhension faire des explorations avec des instruments rigides d'un petit diamètre.

Je partagerais entièrement leur réserve, s'il n'existait un moyen fort simple qui permet de donner au cathétérisme, pratiqué avec de petits instruments, toute la sûreté que peut offrir, pour cette opération, un plus grand volume des sondes.

On objecte principalement, à l'emploi des petits instruments, le danger des fausses routes. Ceci revient à dire : Les connaissances anatomiques sont insuffisantes pour diriger l'opérateur dans chaque cas particulier, pour lui donner la certitude qu'il restera toujours dans le trajet réel ; et, s'il exerce la plus légère pression, il doit craindre de s'engager dans les parois de l'urètre, auxquelles la maladie a probablement fait perdre leur consistance naturelle.

Ce raisonnement est d'une incontestable justesse. Essayons donc de suppléer à l'insuffisance des données anatomiques.

Lorsque, après bien des tâtonnements infructueux pour faire pénétrer dans la vessie une bougie flexible, cylindrique, d'un petit diamètre, vous recommandez au malade de la laisser à demeure un certain temps dans l'urètre, dans quel cas principalement attendez-vous de cette pratique un bon résultat ? C'est quand la bougie semble serrée dans un point, d'où vous ne la reti-

rez pas sans un certain effort, quoique néanmoins vous ne puissiez le lui faire dépasser. Car vous avez acquis la certitude qu'elle est bien engagée dans le rétrécissement.

Cette sensation d'étreinte est d'une grande importance aux yeux des personnes auxquelles la pratique du cathétérisme est familière. Maintes fois alors il nous arrive de regretter que la bougie n'ait pas un peu de roideur. Il semble que, si elle pouvait transmettre sur le point rétréci une légère pression, elle pénétrerait dans la vessie.

Revenons maintenant au cathéter rigide, que je supposerai du diamètre de 3 millimètres. J'admets, qu'après des essais plus ou moins prolongés, il a dépassé le point qui lui faisait obstacle, et qu'il donne à la main de l'opérateur la sensation d'étreinte; ce signe, sur lequel j'insistais tout à l'heure avec raison, a beaucoup perdu de sa valeur. En effet, il nous apprend simplement que le cathéter est serré sur un point de sa longueur. Mais oserons-nous exercer sur lui la plus légère pression? Non certainement: car nous ignorons à quelle distance de son extrémité vésicale il est serré.

Dans la première hypothèse, cette incertitude était sans importance, et la portion de bougie flexible qui avait dépassé le rétrécissement devait, en raison de sa souplesse, s'insinuer d'elle-même dans la véritable voie, ou sinon du moins ne pouvait-elle pas nuire. Avec les instruments rigides, le problème est bien différent; car il faut savoir ici deux choses: 1° que le cathéter est engagé dans le rétrécissement; 2° que son extrémité ne s'écarte pas de la direction de l'urètre, si souvent accidentée par le fait de la maladie. Or, nous avons pris pour exemple un cathéter représentant un cylindre de 5 millimètres. Supposons qu'à partir de 5 ou 10 millimètres de son extrémité vésicale son diamètre diminue brusquement, et que, de là jusqu'à son pavillon, il n'ait que 2 millimètres. Assurément son introduction ne sera matériellement ni plus ni moins difficile que précédemment; car partout où la partie antérieure aura passé, la postérieure suivra aisément; mais désormais toute incertitude a disparu. Suivons, en effet, la marche de cet instrument. Il rencontre un obstacle: par des tâtonnements exécutés avec patience et légèreté, souvent fort longs, mais presque toujours exempts de douleur, on l'engage dans un rétrécissement Dès qu'il y est parvenu, on peut, sans la moindre appréhension, exercer sur lui une faible pression; car la sensation d'étreinte ne saurait être attribuée à un point quelconque de sa longueur, mais uniquement à son extrémité, et l'on est en droit d'affirmer que celle-ci est bien dirigée. Aussitôt que

le rétrécissement (dont on apprécie en quelque sorte ainsi la longueur) est franchi, la main perçoit un léger soubresaut, indiquant que la partie la plus étroite de l'instrument y pénètre à son tour. Dès lors le cathéter chemine plus librement, et, si plus loin il rencontre d'autres difficultés, elles sont franchies avec la même sûreté de diagnostic.

Il y a fort longtemps que j'ai adopté cette manière de procéder. Je l'ai décrite dans un Mémoire publié en 1838. Mais si quelques-unes des idées, que j'émis à cette époque, ne furent pas suffisamment justifiées par la pratique, le contraire arriva pour celle-ci.

L'expérience m'a appris que les explorations, faites avec le cathéter que je viens de décrire, occasionnent fort peu de douleur. J'ai vu en outre que, pour faire cesser une rétention d'urine, il n'est pas aussi absolument nécessaire que je l'aurais pensé de laisser une sonde dans la vessie. Ainsi, j'ai rencontré plusieurs cas analogues à celui-ci :

Obs. I. — M. X... éprouvait depuis longtemps de la difficulté à uriner. Il m'avait souvent parlé de ses souffrances, mais il éloignait toujours l'époque, à laquelle il comptait entreprendre un traitement sérieux.

Il y a deux ans environ, il fut atteint de rétention d'urine complète. A part le cathétérisme, j'avais, dans ce cas particulier, tous les signes les plus rationnels d'un rétrécissement fort étroit. J'apportai donc, en allant le voir, des bougies filiformes, de petites sondes et un cathéter.

Les bougies coniques s'arrêtèrent à 13 centimètres du méat. Là elles occasionnèrent, malgré leur souplesse, une douleur assez vive, qui me détermina à abréger les essais de ce genre. Je recourus immédiatement au cathéter.

Il rencontra le même obstacle qui avait arrêté les bougies. Pendant une ou deux minutes, je lui imprimai avec légèreté diverses directions, par suite desquelles il parut s'être engagé dans un rétrécissement. Il y était bien évidemment étreint. Une très-faible pression le lui fit dépasser, et il pénétra dans la vessie sans rencontrer d'autres difficultés.

Je le retirai immédiatement. Le malade qui, pendant cette opération, n'avait, pour ainsi dire, pas souffert, urina aussitôt par un jet filiforme, mais abondamment ; et il parut vider si complétement sa vessie, que je me bornai à lui recommander de me faire prévenir dans le cas où les douleurs reparaîtraient.

Le lendemain, je le trouvai en bon état, urinant comme avant l'accident qui l'avait forcé de s'aliter. Depuis lors, je ne l'ai plus

sondé. Car, chose assez bizarre, il n'a pas encore pu, dit-il, trouver le temps nécessaire pour se soigner. Cependant, la fréquence des envies d'uriner, l'étroitesse du jet, l'impossibilité de vider complétement sa vessie lui démontrent chaque jour qu'avec juste raison je l'ai menacé des accidents, auxquels il s'expose volontairement.

Je suis loin de proposer, comme règle générale de pratique, la conduite que j'ai suivie dans ce cas; je ne conseillerais pas de renoncer à l'introduction d'une sonde flexible dans la vessie, pour rétablir le cours de l'urine. Si l'on peut espérer un semblable résultat après un simple cathétérisme, c'est certainement lorsque cette opération n'aura point nécessité de violence, et n'aura point soumis la sensibilité du malade à de rudes épreuves.

Je pourrais puiser dans ma pratique particulière d'autres exemples, dans lesquels j'ai eu à surmonter de plus grandes difficultés, mais nous sommes tous exposés à nous faire illusion sur la nature des difficultés que nous rencontrons. Je préfère emprunter à la publication de 1838, que je rappelais tout à l'heure, une observation qui me paraît assez intéressante.

Obs. II.—Le 26 septembre 1836, on apporta à l'Hôtel-Dieu le nommé Carouble, ex-sergent major, âgé de 33 ans. Ce malade était dans l'état le plus déplorable. Depuis trois jours il n'avait pu uriner, et le sang s'écoulait abondamment par l'urètre.

Quant aux maladies qu'il avait éprouvées précédemment, voici les détails qu'il me donna avant de quitter l'hôpital; car, au moment où il y entra, vainement lui adressait-on des questions : elles restaient sans réponse.

En 1821, il contracta une première blennorrhagie, pour laquelle il ne fit aucun traitement. Quelque temps après, il éprouva en urinant une difficulté, qui augmenta progressivement, et le contraignit d'entrer, en 1823, à l'hôpital maritime de Brest. On employa sans succès les injections vineuses, les bains et les bougies.

Il fit une croisière sur les côtes du Brésil, pendant vingt et un mois, souffrant toujours de son écoulement, et ne pouvant qu'avec beaucoup de peine vider incomplétement sa vessie.

En 1825, il revint en France, et cette affection, jugée incurable, le fit réformer de la troupe de mer.

Cependant, il reprit du service dans l'armée de terre, et subit à Lille, pendant trois mois, un traitement mercuriel : (*Frictions*, *lotions*, etc.)

Bientôt il vit se développer trois bubons à l'aine droite, des

végétations à l'anus et des pustules à la tête. Tout cela disparut sans traitement.

En 1829 et 1830, il fut traité au Val-de-Grâce pour son rétrécissement et son écoulement, qui persistaient toujours. Il prit du baume de copahu, des pilules, du sirop sudorifique. Vinrent ensuite les fumigations, les bougies à demeure, la cautérisation et l'incision du canal. Ce dernier moyen ne fut essayé qu'une fois.

Après cinq mois et demi de traitement, plus malade que jamais, et n'urinant que goutte à goutte, il rejoignit son corps à Clermont, en Auvergne. Il entra à l'hôpital accablé de douleurs. Ses urines étaient bourbeuses, fétides ; des bains, des sangsues, des tisanes rafraîchissantes lui procurèrent un peu de soulagement.

A cette époque, son régiment alla à Montpellier. Il fit dans cette ville trois mois de séjour à l'hôpital ; on pratiqua la cautérisation un nombre considérable de fois, puis il sortit comme il était entré.

Enfin, en 1835, de retour dans ses foyers, ayant une nourriture saine, et menant une vie moins active, ce malade souffrait un peu moins. Il n'urinait toujours qu'avec la plus grande difficulté ; mais chez lui cette incommodité était devenue habituelle. Tant de traitements inutiles l'avaient découragé : il était résigné.

Le 24 septembre 1836, il alla en partie de plaisir dîner dans un petit village à deux lieues de Paris. A table, il but environ une bouteille de vin. Deux heures après, il éprouva un besoin pressant d'uriner qu'il ne put satisfaire. La vessie, naturellement très-sensible, s'irrita, et le médecin du lieu fut appelé. Il essaya sans succès le cathétérisme avec une sonde en argent : elle ne put pénétrer ; il sortit beaucoup de sang. Le malade désira vivement retourner à Paris ; mais le mouvement de la voiture lui causait de telles angoisses, que, malgré la longueur du trajet à parcourir, il préféra faire la route à pied. La nuit fut sans sommeil.

Le 25, par trois fois, un médecin tenta sans succès de pénétrer dans la vessie avec une sonde en argent. Le sang s'écoulait avec abondance. Le 26, cet homme se fit transporter à l'Hôtel-Dieu dans un état que, dans la note qu'il m'a remise et à laquelle j'emprunte ce récit, il qualifie d'horrible.

Le chirurgien de garde le reçut. L'urgence était telle, qu'il crut devoir aussi essayer le cathétérisme. Il le fit avec beaucoup de ménagements, et renonça promptement à des tentatives, qui renouvelaient l'hémorragie, et ne paraissaient pas devoir être couronnées de succès. Un bain fut prescrit.

Le mardi matin, à l'heure de la visite, M. Breschet, avec une sonde d'argent de 2 lignes et demie de diamètre, constate un rétrécissement à 3 pouces du méat. Mais, quoique la sonde ait été poussée avec beaucoup de légèreté, un jet de sang est lancé avec force au moment où on la retire pour lui substituer une bougie filiforme. Celle-ci pénètre jusqu'à 5 pouces environ ; elle ne peut dépasser ce point.

On la fixe dans le canal, et l'on recommande au malade de tenter de l'introduire toutes les fois qu'il fera effort pour uriner.

Mercredi 27, le malade souffre un peu moins. Quelques gouttes d'urine sont sorties par regorgement, et la vessie paraît un peu moins saillante que la veille. Du pus mêlé de sang s'écoule abondamment de l'urètre. (25 *sangsues au périnée ; un bain.*)

Mais cette amélioration ne devait être que momentanée. Dans la journée, l'urine se supprime de nouveau ; le pouls s'accélère, la sueur augmente, et les douleurs s'exaspèrent. Cet état s'aggrave encore pendant la nuit, et l'élève de garde essaye inutilement le cathétérisme avec tous les ménagements qu'exigeait la violence des douleurs.

Le jeudi 28, à l'heure de la visite, nous trouvons le malade dans une anxiété difficile à décrire. Le pouls est petit : il bat 120 pulsations par minute. La sueur est visqueuse ; elle exhale fortement l'odeur urineuse. Le poids des couvertures ne peut être supporté.

M. Breschet introduit, avec la plus grande prudence, une sonde ordinaire en argent. Il pense reconnaître une fause route à 3 pouces environ du méat. Beaucoup de sang s'écoule ; la sonde est retirée. Une bougie filiforme ne réussit pas mieux ; elle s'arrête à 5 pouces. M. Breschet essaye de franchir le rétrécissement avec les sondes les plus petites, soit en argent, soit en tissu flexible qu'il trouve dans l'appareil. Toutes ces tentatives sont infructueuses, et quoiqu'elles aient été faites avec la plus grande habileté, leur inutilité accroît l'exaltation du malade.

M. Breschet juge ce cas l'un des plus graves qu'il ait rencontrés dans le cours d'une bien longue pratique. Il annonce que, dans une demi-heure, il fera la ponction de la vessie.

C'est en ce moment que je le priai de tenter une dernière fois de pénétrer dans la vessie avec l'instrument que j'ai précédemment décrit. Ma proposition fut acceptée avec la plus grande complaisance.

Je présentai donc à M. Breschet un cathéter, dont la partie courbe, décrivant le quart d'un cercle de 20 lignes de diamètre, était large environ d'une ligne vers son extrémité vésicale. La

tige droite n'excédait pas deux tiers de ligne en diamètre.

Après avoir pénétré jusqu'à 5 pouces et demi, cet instrument parut étreint dans un rétrécissement. Néanmoins il fut retiré, car son pavillon mal fixé laissait quelque incertitude sur la direction de sa portion courbe. Mais, au moment où son extrémité fut dégagée du rétrécissement, l'urine s'écoula, et il sortit environ deux onces de ce liquide. Ce premier résultat était encourageant; le cathéter est de nouveau introduit, son extrémité est fortement serrée dans la coarctation; mais bientôt elle la franchit, et, pour la première fois depuis treize ans que ce malade était en traitement, on pénètre dans la vessie.

Les détails, dans lesquels je suis entré plus haut, me dispenseront d'insister longuement pour prouver que, dans cette observation, le succès doit être uniquement attribué à la forme particulière de l'instrument.

Je crois donc avoir suffisamment démontré que les instruments métalliques d'un petit diamètre peuvent être d'un très-grand secours dans les cas difficiles du cathétérisme, et que leur emploi n'expose à aucun danger, lorsqu'on a soin de prendre les précautions convenables.

Pour ma part, je n'hésiterai jamais à explorer avec un instrument rigide, de 3 millimètres à son extrémité vésicale, l'urètre le plus difficile à parcourir; mais je n'ai jamais cru devoir descendre au-dessous de cette limite.

De l'emploi des cathéters cylindriques. — Lorsqu'on emploie les instruments métalliques d'un petit diamètre dans le seul but de dilater les rétrécissements, la question se simplifie beaucoup. Ici, en effet, il y a rarement lieu d'hésiter sur la route à suivre, et les instruments cylindriques dans toute leur longueur conviennent parfaitement.

On m'a souvent demandé à quel moment, dans le traitement des rétrécissements, il convient d'avoir recours aux bougies métalliques. Je serais fort embarrassé pour répondre d'une manière absolue à cette question.

Les rétrécissements durs, anciens, cautérisés un grand nombre de fois, ou formés par le tissu de cicatrice qui succède aux blessures, présentent les conditions les plus favorables à l'emploi des bougies métalliques dans les premiers temps du traitement. Cependant, même dans le cas de ce genre, je ne me suis jamais servi d'un diamètre inférieur à 3 millimètres et demi.

S'agit-il, au contraire, d'un rétrécissement mou, récent, ou qui n'a pas encore été traité, je préférerai les bougies flexibles, cylindriques et à courbure fixe, et je n'aurai recours aux bougies

métalliques que dans la dernière période, après avoir atteint un diamètre de 7 à 8 millimètres.

De l'emploi des cathéters coniques. — Quelle part ferons-nous maintenant aux bougies métalliques de forme conique? Maintes fois j'ai signalé les inconvénients qui leur sont propres : elles rendent incertain, hasardeux, le cathétérisme déjà difficile, nécessité par les rétentions d'urine.

Les emploie-t-on comme corps dilatants : arrêtées par une résistance, elles transmettent à la main les sensations les plus vagues. On ignore par quels points elles sont arrêtées, et sur quelles parties portera la pression imprimée à leur pavillon.

Cependant, quoiqu'il soit irrationnel de pratiquer avec elles un cathétérisme qui présente la moindre difficulté, elles peuvent parfois être utilisées dans quelques circonstances spéciales.

Dans un Mémoire publié en 1845 (*Réflexions et observations sur le traitement des rétrécissements*), j'ai proposé un mode de traitement que, depuis plus de six ans, j'ai appliqué sans exception à tous les rétrécissements que j'ai rencontrés.

Il consiste à ne plus laisser, même un temps très-court, les bougies dans un rétrécissement, dès que son diamètre est au-dessus de 3 ou 4 millimètres. La dilatation est alors obtenue par l'introduction successive, dans une même séance, de plusieurs bougies différant fort peu de diamètre.

Il faut avoir expérimenté soi-même cette méthode pour bien comprendre avec quelle puissance et quelle innocuité elle s'applique, même aux rétrécissements durs et fibreux.

Mais, pour réussir, on doit, avec une scrupuleuse attention, s'abstenir de développer de l'irritation dans l'urètre, soit en rapprochant trop les séances du cathétérisme, soit en débutant par un instrument assez volumineux pour rencontrer une résistance sérieuse.

Dans les cas difficiles, je commence par un cathéter inférieur de cinq ou six numéros à celui par lequel j'ai terminé la dernière séance.

J'ai dit ailleurs que ces introductions successives n'étaient pas pour le malade un inconvénient. Presque toujours la première bougie développe plus de sensibilité que toutes les autres ensemble.

On peut ici, pour diminuer le nombre des introductions préparatoires et disposer le rétrécissement à recevoir les instruments qui doivent le dilater, se servir de bougies légèrement amincies à leur extrémité; mais il faut promptement les abandonner dès que l'on approche du diamètre réel de la stricture.

J'ai fort peu de foi dans la guérison radicale des rétrécisse-

ments. Pour moi, un malade n'est guéri qu'autant qu'il veut bien prendre le soin de s'introduire dans l'urètre, à des intervalles de plus en plus éloignés, des instruments d'un gros calibre.

A moins qu'il n'existe des contre-indications particulières, je choisis pour cet usage les bougies métalliques. Pour rendre aux malades la tâche plus facile, pour éviter qu'ils ne soient arrêtés par des difficultés qu'ils ne doivent jamais tenter de surmonter, je leur conseille de commencer par introduire une ou deux bougies d'un numéro inférieur au cathéter qui a terminé le traitement. Celles-là peuvent sans inconvénient être un peu amincies à leur extrémité. Mais il n'en est pas de même de la dernière : car deux bougies d'un même diamètre, l'une conique, l'autre cylindrique, produiront, au point de vue de la dilatation, des effets essentiellement différents.

En résumé :

1° Les bougies métalliques d'un petit diamètre, lorsqu'on les emploie pour pratiquer un cathétérisme difficile, principalement dans les cas de rétention d'urine, doivent être plus volumineuses à leur extrémité que dans le reste de leur longueur.

Sous cette forme, elles n'exposent pas le malade à plus d'accidents, et ne lui occasionnent pas plus de douleur que les bougies flexibles.

2° La forme régulièrement cylindrique est celle qui convient le mieux aux bougies métalliques appliquées à la dilation des rétrécissements.

3° Enfin, la forme conique sera réservée pour les cas d'une simplicité telle, que, pour pénétrer dans la vessie, l'opérateur ne puisse rencontrer dans l'urètre ni résistance, ni hésitation.

---

12. *De la gastro-stomie*; par le professeur C. Sédillot, membre correspondant de l'Institut.

(Gazette médicale de Paris, N° 45; 1846.)

Je donne le nom de *gastro-stomie* (bouche stomacale : γαστηρ, estomac; στομα, bouche) à une opération, par laquelle on établit aux parois de l'estomac une ouverture permanente, pour fournir à l'alimentation une voie artificielle chez les malades qu'un rétrécissement de l'œsophage ou du cardia condamne à mourir d'inanition.

Les mots de gastrotomie fistuleuse et de gastro-syrinxie (γαστηρ, estomac; συριγξ, fistule) nous paraissent moins bien indiquer le but de l'opération.

On pourra s'étonner, au premier abord, de l'idée de déplacer l'orifice alimentaire et de le transporter à la paroi abdominale.

Comment oser diviser cette paroi, inciser le péritoine, rechercher et trouver l'estomac, le perforer, maintenir les plaies en contact, éviter l'hémorrhagie, les épanchements et l'inflammation, conserver la fistule ouverte, et non-seulement prévenir la sortie des matières gastriques, mais introduire directement par la même voie des substances nutritives, et entretenir ainsi l'alimentation et la vie ?

L'opération que je propose n'est exempte, sans doute, ni de difficultés, ni de dangers ; mais un examen approfondi des conditions anatomo-pathologiques qui s'y rapportent, montre la possibilité de surmonter les obstacles, et nous ne craignons pas d'affirmer qu'aucune tentative chirurgicale d'une aussi grande valeur n'a peut-être offert plus d'indications rationnelles et plus de probabilité de succès.

Si l'on me faisait un reproche de ne pas avoir attendu l'occasion de soumettre cette opération au contrôle de l'expérience pour la décrire et la conseiller, j'aurais plusieurs réponses à cette objection.

Les cas dans lesquels l'introduction des aliments par les voies normales est complétement empêchée sont assez rares, pour qu'un chirurgien, même placé à la tête d'un grand service clinique, n'en rencontre aucun pendant plusieurs années. Les méthodes les plus utiles seraient en outre exposées à rester ignorées, si leur application seule donnait droit à la publicité. N'est-ce pas au contraire un devoir de signaler hautement à l'attention toute opération, susceptible de fournir à l'art de nouveaux moyens de salut, et n'est-il pas à désirer que chaque malade, dans le cas d'en profiter, trouve un chirurgien capable de lui en assurer le bénéfice ?

Les résultats heureux ou malheureux d'une opération pratiquée pour la première fois ne permettent nullement d'en apprécier la valeur. L'ingénieux et habile M. Récamier guérit la malade, à laquelle il avait enlevé la totalité de l'utérus, et cependant personne aujourd'hui n'est tenté de suivre son exemple, et on a même justement caractérisé ce succès de malheur chirurgical, en raison des funestes et trop nombreuses tentatives qu'il parut momentanément autoriser.

A. Cooper lia une première fois, en 1805, la carotide primitive sur un malade qui succomba. La ligature de cette artère ne compte néanmoins aujourd'hui aucun opposant, et si l'on en publie encore quelques cas, comme j'ai pu le faire, c'est qu'ils présentent des complications spéciales et un intérêt particulier. L'on voit qu'une opération ne saurait être jugée en dernier res-

sort d'après un premier résultat; succès ou revers n'ont qu'une importance restreinte et tout à fait subordonnée aux conditions opératoires elles-mêmes.

Qu'importe donc que nous ayons ou non pratiqué la gastrostomie ? ce sont les conditions de cette opération que nous devons étudier, et elles nous paraissent si rationnelles et si favorables que nous nous étonnons seulement d'être le premier à la proposer et à en signaler tout le prix.

Des conditions opératoires de la gastro-stomie.—Toute opération est douloureuse et offre plus ou moins de gravité; elle est donc un mal d'une manière absolue ; mais ce mal est compensé par les avantages auxquels il conduit. Si la vie n'est pas compromise, le chirurgien doit borner ses opérations aux cas, où les résultats sont très-supérieurs à la douleur et au danger ; mais si la mort est inévitable, il opère malgré les chances les plus redoutables ; car un seul succès domine les revers, et il n'est personne, dans un naufrage, qui ne s'applaudisse d'avoir sauvé une victime, quel que soit le nombre de celles qui vont succomber.

Les mêmes considérations sont applicables à la gastro-stomie. Les rétrécissements œsophagiens atteignent, dans quelques cas, un tel degré d'étroitesse, que le passage normal ou artificiel des substances alimentaires devient impossible, et que les malades meurent nécessairement d'inanition.

Tous les hommes de l'art ont été témoins de pareils faits, et jusqu'à ce jour on n'a découvert aucun moyen de remédier à cette fatale terminaison. Morgagni (ép. XXVIII, t. IV, p. 36) rapporte que Stoffel avait imaginé d'ouvrir la partie supérieure de l'œsophage, pour nourrir les malades par la fistule ainsi établie. Malgré la réprobation de cet illustre anatomo-pathologiste, Taranget (*Dict. de médecine*, article *OEsophage)* mit à exécution l'opération de Stoffel, et parvint à faire vivre pendant seize mois une religieuse de l'abbaye des Prés, chez laquelle la déglutition ne pouvait plus s'effectuer. Cette ressource si précieuse, et dont le fait précédent démontre l'incontestable utilité, est forcément limitée aux cas où les rétrécissements sont situés assez haut, pour que l'œsophage reste accessible à l'opérateur. Or, ce sont malheureusement les plus rares, comme nous en donnerons la preuve, et dès lors l'œsophagotomie devient impossible. On n'a donc pas le choix entre plusieurs procédés curatifs, et l'indication de la gastro-stomie est formelle et impérieuse, si cette opération offre quelques chances de succès.

Les raisons, sur lesquelles on peut fonder les probabilités de réussite d'une opération nouvelle, sont de plusieurs sortes :

A. Tantôt la nature nous a précédés dans la voie à parcourir, et a institué des expériences qu'il nous reste seulement à imiter;

B. Tantôt l'analogie des faits pathologiques, d'un rapport plus ou moins direct avec l'opération projetée, nous permet d'en prévoir les résultats;

C. Tantôt enfin, nous pouvons nous éclairer par des expériences sur les animaux.

Nous avons interrogé avec soin ces trois ordres de démonstration au sujet de la gastro-stomie, et nous les avons trouvés concordants.

A. Nous devions nous demander d'abord si les plaies de l'estomac étaient curables, et si l'on possédait des exemples de fistules gastriques compatibles avec la vie. L'histoire de la science résout cette question affirmativement. Les cas de fistules spontanées de l'estomac sont assez communs. Ceux de fistules par traumatismes sont plus rares; mais j'en citerai cependant un assez grand nombre, et celui, entre autres, rapporté par le docteur Beaumont, d'un jeune Canadien qui eut la poitrine, l'abdomen et l'estomac ouverts par une large plaie d'arme à feu, et qui guérit avec une fistule gastrique. Des plaies de même nature, ou produites par des épieux et d'autres instruments, furent suivies des mêmes résultats; on ne serait donc pas admis à nier la possibilité d'établir artificiellement des fistules ventriculaires, à moins de soutenir que les procédés éclairés et méthodiques de l'art sont plus dangereux que les traumatismes aveugles et violents.

B. La possibilité de la gastro-stomie ne faisant plus doute, d'autres questions se présentent à élucider.

a. Les aliments introduits dans l'estomac par la fistule ne s'échapperont-ils pas au dehors?

b. Seront-ils digérés?

c. Quelles seront les modifications imprimées à la nutrition par l'absence de la mastication et de l'insalivation, et quels seraient les moyens de remédier aux inconvénients de cet état?

a. Les observations de fistules gastriques, dont je rappellerai l'histoire, démontrent que les malades parvenaient aisément à fermer l'orifice de leur plaie par des tentes, des bandages ou des plaques métalliques d'une forme et d'un volume appropriés. La plupart jouissaient de toutes les apparences de la santé, et les aliments et les boissons ne s'échappaient pas involontairement. S'il en est ainsi dans les cas de fistules accidentelles souvent considérables, il sera évidemment plus facile encore de fermer

complétement, pendant l'intervalle des repas, des fistules produites par l'art.

b. Il n'est pas douteux que des aliments, réduits en pâte molle ou semi-liquide, ne soient aisément injectés de dehors en dedans dans l'estomac. Il est également certain qu'ils y seront convertis en chyme.

« Joubert, dit Thomassin, conservait dans son cabinet l'es-
« tomac d'un homme mort à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, qui avait
« une ouverture fistuleuse à l'estomac. Cet homme injectait dans
« son estomac des aliments liquides qu'il digérait parfaitement.
« Il portait cette incommodité depuis plusieurs années, et l'on
« ne dit pas à quelle occasion elle lui était survenue. » *Obs. iatro-chirurgiques* de J. Covillard, avec notes de Thomassin. Strasbourg, 1791.)

Tout le monde connaît les usages de la sonde œsophagienne pour porter des aliments dans l'estomac. Taranget nourrit son opérée pendant seize mois. J'ai entretenu pendant plusieurs mois la vie d'un homme, atteint de perforation œsophagienne avec communication dans la trachée, en injectant les matières alimentaires à l'aide de la sonde. Les faits de ce genre sont nombreux et la digestion s'accomplit alors très-régulièrement. La longueur de la sonde est manifestement sans influence, et, s'il y avait une différence à noter, entre le parcours des aliments introduits dans le ventricule par une sonde œsophagienne ou une sonde traversant l'abdomen, l'avantage serait en faveur de ce dernier procédé. Dans les deux cas, au reste, les résultats définitifs sont comparables et identiques; l'estomac reçoit les substances nutritives et les chymifie.

c. La mastication est une simple trituration mécanique facile à reproduire artificiellement : l'insalivation resterait donc seule en cause. Mais rien n'empêcherait les malades de préparer eux-mêmes le bol alimentaire qu'ils porteraient ensuite dans l'estomac, et s'ils étaient cacochymes, privés de dents ou atteints de quelque lésion de la bouche, ils confieraient cette première préparation à des personnes jeunes et saines, et les conditions de la nutrition n'en deviendraient que meilleures.

C. J'ai prouvé, par des considérations empruntées à la pathologie et à la physiologie humaines, que la gastro-stomie était une opération parfaitement fondée sur la théorie et sur les faits; je pourrais donc m'abstenir d'invoquer encore les expériences entreprises sur les animaux. On réussit sans peine à établir sur des chiens des fistules gastriques. M. Blondlot possède un de ces animaux, qui porte depuis deux années une fistule de ce genre.

J'ai pratiqué trois fois la même opération par des procédés différents, et toujours avec un succès complet. Dans ce moment, je conserve dans mon amphithéâtre un chien, que je nourris entièrement par sa fistule.

Après cet aperçu sommaire des questions soulevées par la gastro-stomie, nous traiterons d'une manière plus approfondie :

1° Des cas dans lesquels cette opération est praticable ;

2° Des fistules gastriques accidentelles ;

3° De l'état de la nutrition chez les malades, dont les aliments sont introduits par une sonde œsophagienne ;

4° Des effets de l'alimentation entretenue sur les animaux au moyen d'une fistule gastrique ;

5° Des procédés opératoires de la gastro-stomie ;

6° Des règles de l'alimentation artificielle par une ouverture à l'estomac.

---

13. *Mémoire sur la destruction des hémorrhoïdes internes par la cautérisation circulaire de leur pédicule avec le caustique de potasse et de chaux* (*caustique de Vienne solidifié de M. Filhos*) ; par J.-Z. Amussat.

(Suite : *voir* t. X, octobre 1846, p. 155 ; t. XI, novembre, p. 123.)

(Gazette médicale de Paris, N° 37 ; 1846.)

DEUXIÈME PARTIE.

La première partie de ce mémoire, qui a été insérée dans les deux numéros précédents, comprend des généralités sur les hémorrhoïdes et sur tout ce qui est relatif au procédé opératoire, qui consiste à pratiquer la cautérisation circulaire du pédicule de l'hémorrhoïde avec des pinces porte-caustique, l'injection d'eau froide en même temps et la déplétion de la tumeur.

Cette première partie est terminée par la relation détaillée de trois faits à l'appui.

Maintenant, pour faire apprécier à leur juste valeur les perfectionnements apportés au procédé de cautérisation circulaire, il ne sera pas inutile, je pense, de jeter un coup d'œil rétrospectif sur les moyens que j'ai successivement employés pour détruire les hémorrhoïdes internes.

Avant le procédé actuel, tel que je viens de le décrire, j'ai employé :

La cautérisation circulaire du pédicule sans injection et sans déplétion de la tumeur ;

La cautérisation en masse ;

Et antérieurement, la ligature.

La cautérisation circulaire du pédicule avec des pinces à baguettes porte-caustique était déjà préférable à la cautérisation en masse, qui elle-même était un progrès sur la ligature.

Il me suffira de citer quelques faits relatifs à chacun de ces procédés, pour montrer les raisons qui m'ont engagé à modifier plusieurs fois l'opération.

Avant le procédé que j'ai décrit dans la première partie de ce mémoire, j'employais simplement la cautérisation circulaire sans pinces préservatrices ; je ne faisais l'injection qu'après la cautérisation, et je ne vidais pas la tumeur. Mais il est facile de prévoir que la douleur était beaucoup plus forte, ainsi que la réaction, et que les suites étaient plus pénibles, comme on pourra s'en convaincre par les faits que je vais rapporter.

Première catégorie. — Cautérisation circulaire du pédicule des hémorrhoïdes internes, sans employer de pinces préservatrices, sans vider la tumeur et sans injecter de l'eau froide pendant la cautérisation.

Obs. I. — *Hémorrhoïdes internes ; cautérisation de leur pédicule avec des pinces à baguettes porte-caustique.* — Le malade qui fait le sujet de cette observation a d'abord été opéré une première fois par la cautérisation en masse. (voyez la deuxième catégorie). Une syncope est arrivée au moment de l'opération. Nous l'avions attribuée à la douleur produite par la cautérisation ; mais elle était due bien plutôt à la position du malade, qui avait la poitrine comprimée, puisque le même accident n'a pas eu lieu sur d'autres malades opérés par le même procédé.

Aujourd'hui 6 avril 1844, pour éviter l'accident qui était survenu lors de la première opération, M. W... se couche en travers sur son lit ; mais auparavant j'avais fait donner un lavement pour débarrasser le rectum, et favoriser les efforts d'expulsion qui devaient me permettre d'examiner plus complétement les hémorrhoïdes, que je voulais cautériser. Elles étaient au nombre de trois. La plus grosse était mal pédiculée ; néanmoins, je pus la prendre avec une pince à baguettes chargées de caustique que je trempai dans l'alcool, afin de rendre la cautérisation plus active. Au bout de deux minutes environ, je retirai la pince et je fis laver les parties touchées par le caustique avec de l'eau vinaigrée. M. W... a bien moins souffert qu'après la première opération ; cependant, comme le caustique avait été mouillé avec de l'alcool, il s'est un peu étendu sur les parties environnantes.

Le lendemain M. W... a passé une assez bonne nuit ; toute

la tumeur est mortifiée, quoique la cautérisation n'ait été faite que circulairement autour du pédicule.

Les parties voisines sont très-légèrement enflammées; néanmoins, pour éviter qu'elles ne soient désormais touchées par le caustique, j'aurai la précaution de ne pas me servir d'alcool, et je suis bien convaincu que, sans ce liquide, la cautérisation aura toute l'efficacité nécessaire.

Les jours suivants, l'état de M. W... s'améliore d'une manière notable, et le 17 avril il commence à sortir et à se promener.

Le 18 avril, je constate qu'il existe encore deux petites hémorrhoïdes; mais je pense, ainsi que le malade, qu'il faut, par prudence, ne pas y toucher, à moins qu'elles ne produisent des accidents.

Obs. II. — *Hémorrhoïdes internes; cautérisation de leur pédicule avec des pinces porte-caustique.* — Madame F..., qui a déjà été opérée en 1842, par la ligature et la cautérisation en masse, d'hémorrhoïdes internes qui la gênaient beaucoup (voir à la deuxième et à la troisième catégorie), est revenue à Paris dans le mois de juin 1844, me demander de nouveaux conseils pour deux petites hémorrhoïdes qui ont reparu et la font souffrir.

Éclairé maintenant sur la différence qui existe, sous le rapport de la douleur, entre la ligature des hémorrhoïdes, la cautérisation en masse et la cautérisation de leur pédicule seulement avec le caustique solidifié, je propose à madame F... d'employer ce dernier moyen, qu'elle s'empresse d'accepter.

Le 13 juin 1844, assisté simplement d'une garde-malade intelligente, madame F... étant placée sur le bord de son lit et faisant des efforts comme pour aller à la garde-robe, j'aperçois trois hémorrhoïdes assez volumineuses. Avec une pince à anneaux, terminée par des baguettes creusées d'une cavité remplie de poudre de caustique formant une pâte par son mélange avec quelques gouttes d'alcool, je saisis l'une des hémorrhoïdes et je la presse graduellement pendant une minute et demie. Je retire ensuite la pince, et j'introduis dans l'anus une mèche de charpie enduite de cérat.

Le lendemain madame F... est dans un état très-satisfaisant; la nuit a été calme; les douleurs, assez vives pendant l'opération, ont cessé très-promptement.

Le 15, nouvelle opération; une autre hémorrhoïde est saisie et cautérisée de la même manière; aucun accident ne survient.

Le 29, troisième opération exécutée de la même manière et parfaitement supportée par madame F...

Quelques jours après, à la suite d'un lavement, madame F... fait des efforts comme pour aller à la garde-robe, et alors je puis constater que l'anus et le rectum sont complétement débarrassés des hémorrhoïdes qui la gênaient, ce que confirme d'ailleurs l'état de bien-être où se trouve madame F... Une remarque qui doit être faite, c'est l'intermittence du pouls, qui existe constamment. C'est un fait à noter, afin de ne pas être inquiet comme je l'ai été, lorsque j'ai observé ce phénomène à la suite de la première opération que j'ai pratiquée.

Hémorrhoïde interne, du volume d'une noisette, chez un homme âgé de 60 ans; cautérisation avec le caustique de potasse et de chaux contenu dans une pince porte-caustique; guérison. (Traduction d'un article du journal *The medical Times*, intitulé : *Progress of French science.* — 16 août 1845.)

« Si nous considérons les accidents nombreux qui suivent les « opérations qu'on pratique pour la guérison des hémorrhoïdes « internes, et si nous réfléchissons aux dangers d'une hémor- « rhagie à la suite de leur excision, tout procédé qui promet « une cure radicale de cette maladie douloureuse mérite notre « attention.

« Le docteur Amussat a cru possible d'en obtenir la guérison « par le moyen de la ligature, sans exposer le malade aux dan- « gers que présentent les procédés antérieurs. Pendant plusieurs « années il l'a appliquée exclusivement, dans un grand nombre « de cas d'hémorrhoïdes internes, avec un succès parfait; mais « comme ce procédé présente quelques légers inconvénients, il « l'a remplacé par la cautérisation avec le caustique de Vienne « solidifié de M. Filhos, dans l'espoir d'éviter les désordres ner- « veux qui surviennent quelquefois consécutivement à la con- « striction exercée par la ligature, et en même temps de simpli- « fier autant que possible une opération qu'on est appelé à « pratiquer fréquemment.

« Un grand nombre de malades ont déjà été opérés à l'aide « de ce caustique, qui a la forme d'un cylindre, et qui est com- « posé de potasse et de chaux solidifiées.

« Les effets ont été de beaucoup moins sérieux que quand on « a eu recours à la ligature. Au début, le docteur Amussat a « commencé par saisir la tumeur hémorrhoïdale avec une pince « à baguettes pour en faciliter la cautérisation; mais en « avril 1844, M. Alphonse Amussat, son fils, a pensé qu'une « cautérisation circulaire du pédicule, au moyen d'une espèce « de forceps, pourrait remplacer heureusement la cautérisation

« totale de la tumeur, et, dans ce but, il a fait confectionner « par M. Charrière quelques forceps porte-caustique.

« Celui auquel le docteur Amussat donne la préférence res- « semble assez, du reste, à la pince à pansement; il présente « deux tranches arrondies et creusées de gouttières, ayant à « peu près un pouce et demi de longueur et une à deux lignes « de diamètre. Ces gouttières augmentent en largeur en pro- « portion de leur profondeur; elles sont destinées à recevoir le « caustique. Une des extrémités de ces pinces, plus longue que « l'autre, est courbée en crochet pour empêcher l'hémorrhoïde « de glisser; et, comme sa surface est également cannelée, elle « sert en même temps à cautériser la tumeur. On pourrait, du « reste, au besoin, se servir d'une pince à pansement ordinaire, « en pliant l'un de ses bouts à angle droit et en creusant ses deux « branches.

« Ayant assisté, il y a une quinzaine de jours, à une opé- « ration faite par le docteur Amussat, j'ai pris note des détails « du cas, dans la conviction qu'une description, de même que « l'exposition des moyens employés pour prévenir le développe- « ment d'accidents consécutifs, pourraient être utiles et inté- « ressantes.

« Obs. III. — M. D..., âgé de 60 ans, d'une constitution « forte, n'a jamais été malade avant 1840. A cette époque, il « éprouva pour la première fois une sensation désagréable dans « le rectum, accompagnée d'une légère hémorrhoïde. Depuis ce « temps les mêmes symptômes reparurent à plusieurs reprises, « surtout à la suite d'excès de travail, ou lorsqu'il s'était fatigué « plus qu'à son ordinaire. La tumeur hémorrhoïdale acquit une « si grande dimension, que M. D... se crut atteint d'un pro- « lapsus ani, qu'il chercha à maintenir réduit par un bandage « de sa propre invention, ce qui rendit extrêmement difficile la « locomotion. A la fin, ses souffrances étant devenues insuppor- « tables, il se décida à consulter un chirurgien, et, d'après le « conseil de son médecin, le docteur Pouget, il fit appeler le « docteur Amussat. Celui-ci a reconnu l'existence de deux tu- « meurs hémorrhoïdales internes, auxquelles il attribua la dou- « leur éprouvée par M. D... et le prolapsus ani qui l'a tant gêné.

« L'opération ayant été reconnue indispensable, il fut décidé « qu'elle serait faite le 16 juillet 1845. La veille, un léger laxa- « tif et l'abstinence complète de nourriture furent prescrits.

« Le 16 juillet, accompagné de MM. Amussat, j'ai visité « M. D..., que nous avons trouvé très-favorablement disposé. Un « lavement ayant été donné pour vider le rectum, le malade fut

« prié de faire des efforts comme pour aller à la garde-robe. A « la suite, les deux hémorrhoïdes devinrent très-apparentes et « offrirent le volume d'une grosse noisette, mais un peu plus « plate; elles étaient placées sur chaque côté de l'intestin, non « loin de l'orifice anal. Deux tumeurs correspondantes ou hé- « morrhoïdes externes se remarquaient à l'extérieur.

« Le malade étant placé sur le côté droit, le docteur Amussat « saisit avec la pince porte-caustique l'hémorrhoïde gauche, la « plus grosse et la plus douloureuse ; puis, après une minute et « demie, il la lâcha et la fendit dans toute son épaisseur, la dé- « semplit du sang contenu dans son intérieur, et la cautérisa « avec le caustique solidifié. Ce dernier temps de l'opération n'a « duré qu'une demi-minute.

« Deux injections d'eau fraîche furent faites aussitôt pour « enlever toutes les particules de caustique, qui auraient pu res- « ter et qui auraient pu cautériser les parties voisines; puis le « malade se plaça dans un bain de siége, où il resta pendant « trois heures sans éprouver aucune douleur aigüe. La nuit se « passa très-favorablement et sans fièvre. Le lendemain, la dou- « leur n'était pas trop aiguë ; l'hémorrhoïde cautérisée était apla- « tie, noirâtre, semblable à une escarre, et les deux bords de « l'incision étaient visibles. On prescrivit très-peu de nourri- « ture et une tisane astringente, afin d'empêcher les garde-robes, « qui auraient pu amener une élimination prématurée de l'hé- « morrhoïde et entraîner une hémorrhagie ; il y eut néanmoins « deux ou trois selles, mais très-liquides.

« Pendant six jours, on continua rigoureusement ce traitement, « des bains de siége répétés, des lavements, des cataplasmes à « l'anus et un peu de bouillon pour nourriture. L'hémorrhoïde « se détacha le septième jour, après une petite selle et sans « donner lieu à la moindre douleur.

« Le 24, j'ai visité M. D... de nouveau ; il était alors bien « portant. A la place de l'hémorrhoïde qui avait été cautérisée, il « y avait une petite cicatrice linéaire d'à peu près une ligne et « demie de longueur, entourée d'une auréole rougeâtre et don- « nant lieu à une légère suppuration. La tumeur droite parais- « sait diminuée et ridée.

« Il est utile de noter que, pendant la semaine qui précéda « celle où la chute de l'hémorrhoïde eut lieu, M. D... avait eu « quelques selles petites et presque liquides par suite des lave- « ments, ce qui ne dérangea pas le travail de la cicatrisation. « Quelques jours après l'opération, le malade se plaignant d'une « douleur légère dans l'hémorrhoïde externe du côté gauche,

« on y pratiqua une petite ouverture avec une lancette ; une sub-
« stance rouge granulaire s'échappa, et le soulagement fut in-
« stantané.

« Quelques jours après, la deuxième hémorrhoïde a été cau-
« térisée comme la première, avec le même succès. »

Comme on le voit, les faits de cette catégorie justifient complétement les remarques que j'ai faites, et ils prouvent que ce procédé était déjà un perfectionnement relativement à ceux qui me restent encore à indiquer et que j'employais auparavant.

J'aurais pu citer beaucoup d'autres faits analogues; mais ceux que je viens de relater suffisent pour prouver ce que je veux établir.

Avant la cautérisation circulaire du pédicule des hémorrhoïdes internes, je pratiquais la cautérisation en masse de chaque tumeur avec le caustique de potasse et de chaux solidifié. Je ne faisais l'injection qu'après la cautérisation, et je ne vidais point la tumeur. Mais la douleur était beaucoup plus grande, et la réaction était naturellement en rapport avec la durée plus longue de l'opération.

Deuxième catégorie. — Cautérisation en masse des tumeurs hémorrhoïdales internes avec le caustique de potasse et de chaux solidifié, en les tenant avec les pinces à baguettes dont je me sers pour le refoulement des tuniques interne et moyenne des artères.

Obs. I. — *Hémorrhoïdes internes ; cautérisation en masse avec le caustique de potasse et de chaux solidifié.* — Mme F., dont l'observation se trouve à la première catégorie pour la cautérisation avec les pinces porte-caustique, et à la troisième pour la ligature, a été opérée par la cautérisation en masse, le 12 juillet 1842, de deux hémorrhoïdes internes, que j'avais d'abord circonscrites avec des pinces à baguettes, destinées à faire le refoulement des membranes artérielles. La douleur fut assez vive au moment de l'action du caustique, mais il n'y eut pas de comparaison à établir entre les suites de cette opération et celle de la ligature. La malade éprouva quelques cuissons à l'anus, un peu de ténesme pour uriner ; mais il n'est survenu aucun des accidents qui nous avaient effrayé après la ligature.

Le lendemain Mme F. travaille à la couture dans son lit ; elle n'a point de fièvre ; le pouls est à 64 ou 68 pulsations, et on ne compte pas d'intermittences. Les tumeurs hémorrhoïdales cautérisées sont noires et flétries, et sans un peu de cuisson que la malade éprouve en urinant, elle ne se douterait pas qu'elle a subi hier une opération.

Le 18 juillet, nouvelle cautérisation, en présence de MM. Filhos et Le Vaillant ; aucun accident ne s'est montré. Deux autres cautérisations sont encore pratiquées, ce qui fait cinq. L'état de Mme F. a toujours été en s'améliorant ; les garde-robes sont devenues plus faciles ; l'écoulement sanguin a cessé ; les forces sont revenues, et le 12 octobre Mme F. est repartie pour son pays.

Obs. II. — *Hémorrhoïdes internes très-volumineuses ; cautérisation en masse d'une partie de ces hémorrhoïdes, et plus tard cautérisation avec des pinces à baguettes porte-caustique* (voy. la première catégorie). — M. le docteur W., anglais, affecté d'hémorrhoïdes internes qui le faisaient souffrir beaucoup, me fut adressé par mon confrère et ami, M. le docteur Olliffe, dans le mois de mars 1844. Voici, au reste, comment M. W. rend compte des antécédents de sa maladie :

« Il y a plus de deux ans, dit-il, que j'ai subi la dernière opé-
« ration en Angleterre ; j'avais été opéré deux fois par excision
« avec des ciseaux, et deux fois par la ligature. Le cinquième
« jour la ligature s'est détachée, suivie d'une hémorrhagie abon-
« dante, qui recommençait chaque fois que j'allais à la selle ;
« elle continua, mais en diminuant, jusqu'au quinzième jour.
« Pendant ce temps, je prenais tous les jours de l'électuaire de
« sené ; voyant que cette médecine arrêtait la perte, et m'évitait
« aussi des douleurs causées par mes efforts pour aller à la garde-
« robe, j'ai continué de la prendre tous les deux jours.

« Cependant, peu de temps après, je m'aperçus qu'une de
« mes hémorrhoïdes commençait à reparaître et grossissait sen-
« siblement. Une autre s'est montrée seulement depuis douze ou
« quinze mois. Pour essayer d'arrêter leur développement, je
« me servis de *unguentum galla opiatum*, et plus tard de *liquo-*
« *plombi diacetates* avec du laudanum. Nonobstant ces moyens,
« mes hémorrhoïdes augmentaient toujours de volume ; elles
« saignaient souvent et me tourmentaient beaucoup, en me lais-
« sant toutefois quelques intervalles de calme. Mais dernière-
« ment, il y a un mois ou six semaines, avant de vous avoir été
« présenté, mes hémorrhoïdes étaient tellement gonflées et me
« causaient de si vives souffrances, que je ne savais pas à quel
« saint me vouer : je ne pouvais ni marcher, ni rester debout
« une heure sans qu'elles *ne descendissent ;* alors, en se frottant
« contre la chemise ou le caleçon, elles me faisaient souffrir ex-
« cessivement ; c'était une irritation toute fiévreuse. Pour les
« faire rentrer dans le rectum, je les remontais avec mes doigts
« mouillés de salive ; mais au bout d'une demi-heure, elles redes-
« cendaient à la suite d'efforts involontaires pour aller à la garde-

« robe ; il me fallait vingt ou trente minutes pour les repousser.
« Une fois rentrées, je me couchais et je pressais fortement
« contre le rectum, et j'y introduisais le doigt comme tampon,
« jusqu'à ce que l'anus fût suffisamment contracté pour les re-
« tenir.

« Enfin, je puis dire que des deux dernières années qui viennent
« de s'écouler, j'en ai passé les trois quarts dans une position
« horizontale. »

Le 2 mars, j'examine M. W. pour la première fois ; je trouve encore quatre hémorrhoïdes internes, deux grosses et deux petites ; il existe un prolapsus du rectum assez prononcé. Le malade est décidé à se soumettre à l'opération que je lui propose, et qui consiste à faire la cautérisation des hémorrhoïdes, qui lui causent tant de souffrances.

Le 4, assisté de MM. Olliffe, Le Vaillant et de mon fils, M. W. s'étant placé de lui-même à genoux sur un fauteuil, le ventre appuyé contre le dossier, et le dos tourné du côté de la fenêtre, nous l'engageons à faire des efforts, qui avaient été rendus plus faciles et plus puissants après l'administration d'un lavement, et alors, nous voyons parfaitement les quatre hémorrhoïdes que nous avons décrites. La plus grosse étant prise avec des pinces à baguettes, je la cautérise tout autour avec un cylindre de potasse et de chaux solidifiées. Le malade souffre beaucoup, et soit à cause de la douleur seulement, soit plutôt à cause de la mauvaise position qu'il a voulu prendre pour se faire opérer, il tombe en syncope, et il faut le placer sur son lit, où il revient promptement à lui.

En discutant quelle avait pu être la cause de cette syncope, nous craignons que ce ne soit la longueur de l'opération, et pour l'abréger et la simplifier, mon fils émet l'heureuse idée de convertir en pinces porte-caustique les pinces à baguettes, dont je me servais seulement pour tenir l'hémorrhoïde, pendant que je la cautérisais tout autour de la masse située au-dessus des pinces.

Le lendemain M. W. nous dit avoir passé une mauvaise nuit ; il a éprouvé quelques difficultés pour uriner ; cependant il se trouve mieux ce matin ; des cataplasmes et des bains de siége très-chauds lui ont procuré un peu de soulagement.

Le 6, la nuit a été encore très-agitée ; M. W. éprouve quelques élancements du côté de l'anus. Des cataplasmes très-chauds et des plumasseaux de charpie enduits d'onguent opiacé ont été appliqués. Je pratique aujourd'hui de légères scarifications sur la tumeur qui a été cautérisée et sur les parties voisines, qui elles-mêmes ont été atteintes par le caustique.

Le lendemain, l'état du malade est déjà meilleur sous tous les rapports.

Le 8, l'amélioration fait des progrès. *Les bourrelets externes sont moins volumineux et moins durs.* Néanmoins je les scarifie légèrement, ainsi que la tumeur hémorrhoïdale, que j'ai cautérisée il y a quelques jours.

Le lendemain, je pratique encore de nouvelles scarifications sur la tumeur et sur les bourrelets extérieurs.

Le 13, nous constatons, M. Oliffe et moi, que l'escarre de l'hémorrhoïde cautérisée se détache en lambeaux.

Le 20 il ne reste plus de traces de l'opération. Nous nous proposons d'en pratiquer une nouvelle dans une quinzaine de jours

(Pour la suite de cette observation voyez à la première catégorie.)

Les faits de cette catégorie, que j'ai choisis parmi beaucoup d'autres, prouvent qu'il y avait encore beaucoup à perfectionner lorsque j'employais le procédé de la cautérisation en masse. Sans doute, j'ai obtenu par ce moyen des succès évidents, incontestables; mais il y avait la question des suites; que j'ai cru devoir chercher à simplifier. Les faits que j'ai cités dans la première partie de ce mémoire, prouvent que je suis parvenu à ce que je désirais.

Avant la cautérisation des hémorrhoïdes avec le caustique de potasse et de chaux solidifié, je ne pratiquais que la ligature.

Pendant longtemps j'ai employé ce procédé exclusivement, et quand je l'ai appliqué pour la première fois, il y a plus de vingt ans, il y avait alors une réprobation générale contre l'extirpation.

La ligature, que j'ai variée de différentes manières, était sans doute préférable à l'extirpation et à la cautérisation avec le fer rouge, mais elle avait aussi beaucoup d'inconvénients : douleur vive, constriction permanente, réaction assez forte, etc. ; dans les cas les plus heureux mêmes, elle était beaucoup moins simple que le procédé actuel de cautérisation circulaire, comme on pourra facilement s'en convaincre par les observations suivantes.

Troisième catégorie.—Ligature des hémorrhoides internes.

Obs. I.— *Hémorrhoïdes internes prises pour une chute du rectum ; ligature de trois tumeurs avec des fils de soie cirés ; guérison.*— Madame F..., âgée de 45 ans environ, éprouvait depuis quelque temps de la gêne et même de la douleur occasionnées par des tumeurs qui sortaient du rectum toutes les fois qu'elle allait à la garde-robe. Sur l'avis de M. Esquirol, elle consulta un chirurgien

qui, n'ayant pu se livrer à un examen, pensa que c'était une chute du rectum et qu'il fallait recourir à l'excision. L'idée d'une opération effraya la malade, qui me fut adressée par M. Georget, qui avait la même opinion sur la nature de la maladie; il me priait d'imaginer un instrument en gomme élastique pouvant maintenir le rectum dans sa position naturelle.

Le 25 mai 1826, après beaucoup de difficultés pour se laisser examiner, madame F... y consentit enfin.

Je reconnus alors ce que j'avais soupçonné, c'est-à-dire une hémorrhoïde interne, violacée, noirâtre, pédiculée, de la grosseur d'une grosse noix, que l'on faisait rentrer facilement, mais qui ressortait aussitôt. Auprès de cette hémorrhoïde s'en trouvaient deux autres beaucoup moins volumineuses.

Le doigt introduit dans le rectum me fit reconnaître, en outre, une tumeur formée par la membrane muqueuse de l'intestin, qui faisait hernie à travers l'anus dans les efforts d'expulsion. Il y avait dans le rectum des plis longitudinaux, qui indiquaient le tiraillement qu'éprouvait la membrane muqueuse dans ce point; je me contentai pour le moment de prescrire des bains de siége, des lavements et une nourriture rafraîchissante.

Comme madame F... ne voulait point entendre parler d'opération, je lui dis que nous emploierions des moyens plus doux. Je fis dans le rectum des injections de vin aromatique, et j'appliquai pendant plusieurs jours des compresses imbibées de la même décoction; enfin je décidai la malade à se soumettre à la ligature des tumeurs hémorrhoïdales.

Le 21 juin, madame F... ayant pris la veille une purgation, et le jour même un bain de siége et un lavement pour faire sortir les tumeurs, je la fis placer sur son lit comme pour l'opération de la fistule. Je réunis les trois tumeurs par une ligature composée avec quatre fils de soie; je liai modérément les trois hémorrhoïdes. Je fis tirer un peu sur le premier fil par la domestique de la malade (c'était le seul aide que j'avais avec moi), et je passai une seconde ligature dans le pédicule commun, formé par la réunion des hémorrhoïdes; je serrai plus fortement cette dernière ligature et je la réunis à la première par un nœud commun. Les hémorrhoïdes comprises dans la ligature fluèrent un peu; j'appliquai dessus un plumasseau de charpie enduit de cérat, quelques compresses, et le tout fut soutenu par un bandage en T. Je prescrivis le repos, la diète, un bain de siége chaque jour, et un cataplasme. Il ne survint aucun accident grave. Au bout de quelques jours les hémorrhoïdes se flétrirent et tombèrent en détritus.

La ligature tomba le 29 juin ; il n'y eut aucun accident, et depuis, la malade est entièrement délivrée de son incommodité.

Obs. II.—*Trois tumeurs hémorrhoïdales ayant chacune le volume d'un œuf de poule, chez un viellard agé de 78 ans; ligature; guérison.*—M. de V..., âgé de 78 ans, ancien secrétaire du roi Charles X, s'est ressenti pour la première fois de son affection hémorrhoïdale, il y a trente-neuf ans, et c'est à la suite d'une course à cheval, qu'il s'aperçut de la sortie de l'une de ces tumeurs, qui lui occasionna pendant deux ou trois jours des pertes de sang par l'anus. Depuis ce temps, le flux hémorrhoïdal n'a pas cessé d'accompagner les selles, à des époques plus ou moins éloignées.

Aucun des chirurgiens que M. de V... consulta sur cette affection n'osa entreprendre de l'en débarrasser. Cependant, M. le docteur Marchand ayant sollicité une consultation, je fus appelé auprès du malade et je fis les observations suivantes : trois tumeurs hémorrhoïdales, grosses comme des œufs, appendaient au pourtour de l'anus. De légers intervalles, remplis par la peau et par des vaisseaux, séparaient ces tumeurs. J'avais appris du malade lui-même, qu'à la suite de grands efforts pour aller à la garde-robe, l'intestin rectum sortait avec les tumeurs hémorrhoïdales, et que c'était après avoir pris des lavements avec de l'huile et en enduisant de ce liquide le pourtour de l'anus, qu'il parvenait, non sans de grandes difficultés, à faire reprendre aux parties leur place naturelle; mais que souvent il ne pouvait obtenir la réduction que d'une seule des trois tumeurs; du reste M. de V... s'était toujours assez bien porté jusqu'au mois de février 1836.

Après une exploration attentive des tumeurs, je parvins à en opérer la réduction, après les avoir enduites avec un corps gras liquide.

Malgré cette réduction méthodique, les tumeurs reparurent bientôt au dehors, de même que cela avait lieu chaque fois que le malade avait besoin d'aller à la selle. Cependant, les fonctions excrétoires ne s'accomplissaient qu'avec les plus grands efforts et avec douleur; car les tumeurs, par leur position, devenaient alors de véritables bouchons, qui s'opposaient à la sortie des matières fécales, ou qui devaient nécessairement précéder celles-ci.

Plusieurs fois je fus appelé auprès du malade qui, malgré des lavements, ne pouvait aller à la garde-robe; je le soulageais toujours en allant chercher les tumeurs, que j'amenais au dehors avec mon doigt recourbé en crochet, et aussitôt le dégorgement de l'intestin avait lieu; mais il fallait faire rentrer les tumeurs immédiatement après, car leur étranglement occasionnait les

plus violentes douleurs, quoique le sphincter de l'anus fût très-dilaté.

Un écoulement glaireux par le rectum suivait presque constamment ces réductions, et constituait une infirmité gênante et dégoûtante. Pour y porter un remède efficace, je proposai la ligature de ces tumeurs.

La veille du jour fixé pour l'opération, M. de V... prit un purgatif; il y eut d'abondantes évacuations, après les moyens que j'employais habituellement.

Le 21 février 1836, tout étant convenablement préparé et le malade étant couché sur le côté, je fis, à partir du pédicule du paquet hémorrhoïdal, trois incisions dans le but de faciliter les ligatures.

Le sang d'une artère ayant jailli, j'en fis immédiatement la torsion; plusieurs autres petits vaisseaux, divisés dans la section, occasionnèrent une perte de sang assez considérable.

Trois ligatures ordinaires avec de la soie cirée furent placées à la base de chacune des tumeurs, et le malade fut confié à la surveillance d'un aide. Quelques heures après la ligature, les tumeurs étaient déjà bien diminuées, mais le sang veineux continuait à couler, malgré la compression extérieure. L'introduction de charpie entre les incisions faites aux tumeurs arrêta seule le sang. Dans l'impossibilité où l'on était de cautériser, j'étais décidé, si une nouvelle hémorrhagie survenait, à lier tout le paquet hémorrhoïdal à son point de jonction avec l'intestin, pour préserver le malade des dangers d'une hémorrhagie, qui avait occasionné une syncope dans la nuit. Cependant, à une heure du matin, les tumeurs étaient déjà gonflées et noirâtres, et il se faisait à leur surface une exsudation lymphatique sanguinolente assez considérable.

Vingt-quatre heures après, les hémorrhoïdes ont une couleur noirâtre plus prononcée à la circonférence; au centre, elles sont rouges et très-sensibles. On les couvre d'une poudre, faite avec du quinquina et du charbon, pour absorber l'odeur insupportable qu'elles répandent.

Le second jour, il y avait encore de la sensibilité, ce qui prouvait que les tumeurs n'étaient pas mortifiées; de plus, elles présentaient encore une couleur rougeâtre.

Redoutant une nouvelle hémorrhagie, qui pouvait mettre en danger les jours du malade déjà affaibli par la perte de sang qu'il avait éprouvée, je n'osai pas faire l'excision des hémorrhoïdes; je préférai pratiquer une nouvelle ligature sur chaque tumeur : ligatures qui furent encore très-douloureuses.

Le mercredi 24, même état des parties. La mortification n'est pas encore complète; on fait, pour la troisième fois, trois nouvelles ligatures. Enfin, c'est le samedi 26 février que je me décidai à pratiquer l'excision en deçà des ligatures. Les tumeurs, à peu près indolentes et de couleur noire, paraissaient devoir tomber très-prochainement ; cependant la section fut encore douloureuse et suivie d'une perte de sang à la vérité très-peu considérable. Le pédicule des tumeurs est sensible au toucher. Le malade a supporté ces différentes opérations avec courage; il est faible, mais il n'éprouve aucun symptôme fâcheux.

Examen des tumeurs enlevées. — On les a trouvées traversées par un grand nombre de vaisseaux variqueux entre-croisés dans tous les sens ; le plus gros pouvait avoir le diamètre d'une plume à écrire, et quelques-uns se terminaient par des ampoules remplies de sang coagulé.

Le 28 février, le malade est dans l'état le plus satisfaisant; ses ligatures sont tombées, et aujourd'hui tout est rentré dans l'ordre, à la grande satisfaction de M. de V... , qui se porte aussi bien que possible.

J'ai communiqué dans le temps cette observation à l'Académie royale de médecine.

Le 9 mars 1842, six ans après l'opération, j'ai revu M. de V..., qui avait alors près de 84 ans. Sa santé a toujours été très-bonne depuis l'opération ; mais il dit que maintenant il ne peut plus retenir volontairement les matières fécales liquides. Il existe au-dessous du sphincter une constriction de la peau, qui forme comme une espèce d'anneau qui rétrécit l'anus. Par précaution, j'avais engagé M. de V... à se placer un cautère à la cuisse après l'opération ; mais sa santé ayant toujours été en s'améliorant, il a cru pouvoir le remplacer, il y a quelque temps, par un vésicatoire au bras. M. de V... est faible, mais il n'a aucune infirmité ; il marche encore dans sa chambre.

Obs. III. — *Hémorrhoïdes internes très-volumineuses ; prolapsus du rectum ; ligature des tumeurs hémorrhoïdales ; six ans après, nouvelles hémorrhoïdes ; ligature ; guérison.* — M. de S..., âgé de 40 ans, au moment où la première ligature a été pratiquée en 1836, a été très-constipé dès son enfance. A l'âge de 15 ans, il n'allait que tous les quatre jours à la garde-robe, et il se rappelle même avoir été plus de huit jours sans avoir eu d'évacuation ; sa santé, du reste, était parfaite. A 25 ans, M. de S... ressentit quelques symptômes d'hémorrhoïdes, mais très-faibles, à peine perceptibles, dit-il, et ne se montrant d'ailleurs qu'à des intervalles éloignés. C'est en 1827 seulement que les hémorrhoïdes

commencèrent à se manifester par des engorgements et des tumeurs extérieures, qui se renouvelaient trois ou quatre fois dans l'année.

Cette affection continua depuis à faire des progrès rapides. En 1830, les hémorrhoïdes commencèrent à devenir fluantes ; en 1833 et 1834, elles avaient fini par couler durant sept mois de l'année, et les évacuations, au dire du malade, consistaient plutôt en sang qu'en matières.

Tout travail assidu, d'esprit ou de corps, toute veille, toute émotion, agissaient immédiatement sur les hémorrhoïdes d'une manière notable ; en même temps la constipation augmentait toujours.

M. de S... était aussi incommodé par des gaz dans l'estomac et les intestins. Cette incommodité avait fini par dégénérer en un malaise permanent, et dont l'intensité augmentait non seulement par suite d'un dérangement ou d'un mouvement de voiture prolongé, mais surtout quelque temps avant l'époque où les hémorrhoïdes devaient fournir du sang ; alors aussi la constipation était excessivement forte.

Dans ces derniers temps, toutes les fois que M. de S... allait à la selle, il était obligé de refouler avec la main et avec beaucoup de peine le bourrelet hémorrhoïdal, qui, du reste, ne lui causait encore aucune incommodité, et ne reparaissait que par suite des efforts qu'occasionnait une nouvelle évacuation.

C'est dans cet état que M. de S... quitta son pays en mai 1835. Pendant le voyage, il fut très-bien portant, et durant quatre mois, peu incommodé de ses hémorrhoïdes, n'en ressentant les effets que tous les mois périodiquement ; on lui recommanda alors les eaux de Carlsbad, comme devant modifier son état de constipation, et produire à cet égard un effet salutaire et permanent.

Pendant six semaines, M. de S... prit par jour dix gobelets de cette eau. Pendant tout ce temps, il eut une ou deux selles par jour régulièrement ; mais les hémorrhoïdes donnèrent un tel flux de sang, qu'en quittant Carsbad, il arriva au commencement de septembre à Paris, totalement épuisé, ayant les hémorrhoïdes engorgées et extrêmement tuméfiées.

Pendant un mois, M. de S... garda le lit en faisant appliquer des sangsues, prenant tous les jours des bains et suivant un régime très-doux. Alors il se manifesta un nouveau symptôme : c'étaient des douleurs très-fortes à la partie inférieure du rectum, qui survenaient une demi-heure après les garde-robes et se prolongeaient huit ou quinze heures quelquefois.

On soupçonna un commencement de fissure, et on prescrivit des lavements dans la composition desquels entrait le mercure; mais au bout de quelques jours, éprouvant des douleurs dans les gencives qui étaient gonflées, M. de S... cessa ce moyen.

A cette époque, le malade s'aperçut qu'il avait un relâchement de la membrane muqueuse du rectum; on lui conseilla de se tenir sur de la glace. Pendant trois mois et demi, M. de S... a employé ce moyen une heure et demie chaque jour; mais il n'en a obtenu aucun soulagement.

Un bandage qu'on lui prescrivit ensuite servit à empêcher la chute du rectum; mais il entretenait de la chaleur, et le frottement qu'il déterminait était devenu très-douloureux.

Après avoir ainsi épuisé, dans le cours d'une année entière (1835), tous les moyens prescrits par les premiers praticiens de Paris, consultés, chacun à différentes reprises, soit séparément, soit réunis ensemble, M. de S... se confia entièrement à mes soins.

« Encouragé, dit le malade, par la conviction de M. Amussat, « qu'il me débarrasserait de mes hémorrhoïdes par son procédé « de ligature, je me décidai à l'opération, malgré l'avis contraire « des autres praticiens, que je fus consulter chacun en particu- « lier, et qui tous s'opposèrent à la ligature, comme offrant des « accidents nerveux fort graves et pouvant produire une inflam- « mation du canal intestinal, raisons pour lesquelles ils avaient « renoncé, disaient-ils, à la ligature, et ils préféraient en tous « cas l'excision et la cautérisation. Un de ces praticiens me con- « seilla, comme moyen plus sûr de guérison, la saignée du bras, « répétée tous les quinze jours durant plusieurs mois. »

Le 4 août 1836, je procédai à la ligature des hémorrhoïdes, qui formaient au-dessus du sphincter un bourrelet volumineux, entraîné au dehors par les efforts d'expulsion qui déterminaient aussi un prolapsus de la muqueuse du rectum.

Deux fils, dont l'un en soie et l'autre en argent, servirent à faire complétement la ligature de tout le bourrelet hémorrhoïdal; la plus grosse hémorrhoïde était ulcérée à son centre, et en la serrant, elle a fourni un jet de sang comme une sangsue. Le malade a éprouvé une douleur très-supportable. Immédiatement après l'opération, il a pris un bain de siége dans lequel il resta six heures. Les jours suivants, l'état du malade n'offre rien de particulier à noter; les hémorrhoïdes sont noires et se flétrissent.

Le 9, tous les fils sont tombés avec les hémorrhoïdes, et le malade éprouve un grand soulagement d'être débarrassé de l'appareil de la ligature, qui le gênait beaucoup et le retenait au lit.

Pendant huit jours, M. de S... ne prit pour toute nourriture que du bouillon, et il n'eut point d'évacuation durant ce temps.

Plus tard il y eut quelques selles, facilitées par des lavements, et le seizième jour, à la suite d'une constipation de quatre jours, M. de S... eut une évacuation très-difficile, et il rendit des matières extrêmement dures et épaisses, et beaucoup de sang. La muqueuse du rectum était très-proéminente au dehors, par suite des efforts que le malade avait été obligé de faire. On aperçut alors un mamelon hémorrhoïdal profondément caché, et qui avait échappé à un examen antérieur. Il fut lié trente-neuf jours après la première opération, et M. de S... n'éprouva ni douleur ni malaise quelconque. Cette fois, il ne fut pas obligé de garder le lit, et, hors un régime de vie assez sévère, il continua ses habitudes ordinaires.

Le 3 octobre 1836, M. de S... est parti dans l'état le plus satisfaisant, et plusieurs fois j'ai reçu de ses nouvelles : ses hémorrhoïdes n'étaient pas revenues; il était entièrement délivré de son infirmité.

Cette observation était terminée lorsque M. de S... est revenu à Paris, environ six ans après, c'est-à-dire dans le commencement de l'année 1842. Il se plaignait d'éprouver quelques symptômes hémorrhoïdaux, tels que douleurs en allant à la garde-robe, écoulement de sang assez abondant et sensations de gêne lorsqu'après avoir marché il venait à se reposer sur une chaise ou un fauteuil. Un examen attentif, après que M. de S... eut pris un lavement, nous permit de constater la présence d'une grosse hémorrhoïde placée du côté du périnée, au centre de la muqueuse, engorgée et faisant saillie au dehors du rectum dans les efforts d'expulsion ; elle est dure, luisante et offre une couleur ardoisée.

M. de S... demande avec instance à être débarrassé de cette hémorrhoïde, comme de celles qui l'ont si cruellement tourmenté et que j'ai détruites, il y a six ans, par la ligature.

Nous employons encore cette fois le même procédé, et le 3 mars 1842, nous pratiquons la ligature du pédicule de cette hémorrhoïde, à l'aide d'un fil de soie très-fort préalablement ciré et noué avec le nœud du chirurgien, puis nous pratiquons à sa surface de fortes scarifications avec des ciseaux ; il s'écoule du sang rouge.

Le soir, M. de S... a rendu du sang, ce qui semblerait indiquer que la ligature n'a pas été assez serrée ou que *le nœud du chirurgien* n'a pas bien tenu. Néanmoins, le malade se plaint de la constriction à laquelle il rapporte toutes les douleurs qu'il éprouve. Le bain prolongé qu'il a pris ne l'a pas beaucoup soulagé.

Le lendemain au matin, M. de S... nous dit ne pas avoir fermé l'œil de la nuit, tant il a souffert d'élancements à l'anus et dans toute cette région. *Le bourrelet extérieur, ou les hémorrhoïdes externes, est très-gonflé et douloureux.* Des cataplasmes de farine de graine de lin et des lotions émollientes ont soulagé le malade ; car le soir il est plus calme, les douleurs sont moins aiguës, il éprouve moins de cuisson et il n'a pas de fièvre. La tumeur hémorrhoïdale qui a été liée est presque reformée ; elle est aussi grosse et aussi dure qu'avant l'opération, bien que la ligature ne soit pas tombée ; néanmoins, elle paraît être dans un état de mortification. Le bourrelet extérieur est très-gros, comme si des hémorrhoïdes, occupant toute la circonférence du rectum eussent été liées en même temps. On pratique des injections aromatiques, l'on fait des lotions fréquentes avec une décoction de quinquina rouge, et l'on fait un pansement avec du cérat opiacé. M. de S... éprouve de l'oppression et des frissons, qu'il attribue aux bains de siége trop froids qu'il a pris depuis l'opération et où il est resté très-longtemps.

Le 6, M. de S... souffre beaucoup ; la tumeur hémorrhoïdale qui a été liée et le bourrelet extérieur sont toujours très-gonflés ; j'enlève la ligature, et le lendemain, je pratique des mouchetures, sept ou huit, sur le bourrelet extérieur.

Les jours suivants, je continue à pratiquer des mouchetures sur la tumeur qui enfin finit par diminuer de volume.

Le 14 mars, à la suite d'une évacuation déterminée par un lavement, l'hémorrhoïde est tombée ; à sa place il reste non pas une plaie, mais une espèce de fissure ; du reste, le bourrelet extérieur a notablement diminué de volume.

Peu à peu, la douleur déterminée par le passage des matières s'amoindrit ; elle finit par s'effacer, et M. de S... part pour son pays, heureux d'être débarrassé d'hémorrhoïdes, qui lui ont causé tant de souffrances et d'ennuis.

Obs. IV. — *Hémorrhoïdes internes ; ligature des tumeurs ; six ans après, nouvelles tumeurs hémorrhoïdales ; ligature et cautérisation ; guérison.* (Voy. la première et la deuxième catégorie.) Madame F..., âgée de 50 ans, d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, se rappelle avoir des hémorrhoïdes depuis l'âge de 16 ans. Il y a vingt ans environ, elle fut opérée par M. Lebreton, qui employa la ligature en serrant successivement chaque hémorrhoïde. A la suite de cette opération, madame F... fut quatre années sans souffrir. Mais, au bout de huit ans, les hémorrhoïdes, qui peu à peu s'était dévelop-

pées, donnèrent lieu de nouveau à des douleurs en allant à la garde-robe et à une sensation de pesanteur vers l'anus. En même temps, madame F... éprouvait des douleurs dans toute l'étendue de la colonne vertébrale. La constipation habituelle, devenue plus intense, était difficilement vaincue par les laxatifs. Les efforts pour aller à la garde-robe, ainsi que la marche et la fatigue, déterminaient la sortie d'un paquet hémorrhoïdal, dont la rentrée était toujours très-difficile. Quelque temps après les garde-robes, les hémorrhoïdes fluaient quelquefois très-abondamment.

Dans cet état, madame F... vint à Paris, décidée à se soumettre à l'excision des tumeurs hémorrhoïdales, opération qu'elle avait refusée il y a quelques années, parce qu'on lui en avait fait sentir les dangers. Elle était donc résignée à se soumettre à cette opération, parce que son état lui était devenu insupportable. Lorsque je vis madame F... je la détournai de l'idée de l'excision, et je lui dis que par la ligature, qui m'avait toujours réussi dans des cas analogues, il y avait tout espoir qu'elle serait débarrassée de son infirmité, sans avoir couru les chances défavorables de l'opération faite par l'excision. Elle se rendit à mes conseils ; et, le 18 juin 1842, je procédai à la ligature de l'une des hémorrhoïdes, en présence de MM. Filhos et Le Vaillant.

Avec un fil de soie très-fort et bien ciré, je liai seulement une hémorrhoïde grosse comme une noix, surmontée d'une autre petite hémorrhoïde flétrie, blanche et charnue, en passant au milieu de la base de l'hémorrhoïde, une aiguille droite armée d'un fil double, de manière à étreindre isolément chaque moitié de l'hémorrhoïde. Je fis ensuite des scarifications sur la tumeur liée. La malade éprouva assez de douleur au moment de la constriction, et elle en a ressenti aussi lorsque je pratiquai des scarifications sur l'hémorrhoïde qui venait d'être liée ; elle éprouva aussi des douleurs dans les jambes.

Le soir, abattement, intermittence dans le pouls, douleurs dans les membres inférieurs et sous les fausses côtes, grande difficulté d'uriner, prostration très-grande, alternant avec de l'agitation, tremblement convulsif, peau chaude et sèche ; je fais appliquer des sangsues autour des bourrelets hémorrhoïdaux.

Le lendemain, je crois devoir faire appeler en consultation notre honorable collègue M. Baron ; l'état de la malade ne s'est pas amélioré ; il y a cependant moins d'intermittence dans le pouls ; je pratique des mouchetures sur les hémorrhoïdes externes qui sont très-tuméfiées.

Le 20, amélioration notable ; les intermittences sont beaucoup moins fréquentes ; tous les accidents nerveux ont fait place à un

état de calme très-rassurant. On compte aujourd'hui une intermittence par 40 pulsations. Le bourrelet hémorrhoïdal est beaucoup diminué, et l'hémorrhoïde liée est blanche et flétrie.

Le 21, l'amélioration fait des progrès ; je pratique encore des scarifications sur une partie des bourrelets hémorrhoïdaux extérieurs.

Le 22, douleurs dans les jambes, frisson intérieur sans tremblement, douleur à la vulve et au rectum ; sensation particulière du côté de la vessie. Les intermittences sont un peu plus fréquentes que les jours précédents ; on en compte une après 5 ou 10 pulsations.

Jusqu'au 27, les intermittences ont été assez grandes, quoique le calme fût revenu ; ce signe, ou d'une maladie du cœur, ou d'un trouble nerveux consécutif à l'opération, me causait encore quelques inquiétudes ; mais, à partir de ce jour, l'amélioration a fait des progrès rapides, qui m'ont permis de penser à achever l'opération, en pratiquant ou la ligature ou la cautérisation des hémorrhoïdes internes qui restaient encore. Bien que, à la suite d'un grand nombre de ligatures d'hémorrhoïdes que j'ai faites depuis plusieurs années, je n'aie jamais constaté, à un aussi haut degré, des accidents analogues à ceux que ma malade avait éprouvés, pourtant j'avais remarqué que cette opération avait été quelquefois suivie d'une secousse nerveuse générale et d'autres accidents, que j'aurais voulu pouvoir éviter par d'autres moyens de traitement.

J'en étais à faire ces réflexions lorsque, me rappelant avoir constaté, dans certaines affections de l'utérus, les bons effets du caustique de M. Filhos, je pensai que peut-être, en employant ce moyen pour les hémorrhoïdes, je parviendrais à éteindre beaucoup plus promptement la sensibilité des parties, et à éviter, par conséquent, les accidents qui suivent en général la constriction par les ligatures.

Je me décidai à employer ce caustique, préférablement à tous les autres, parce que je savais que son action est *limitée* aux parties avec lesquelles il est mis en contact. Cette condition était indispensable pour le succès du traitement. (Voyez la suite de cette observation à la première catégorie.)

J'aurais pu citer un bien plus grand nombre de faits, puisque, pendant longtemps, je n'ai employé que la ligature ; mais j'ai préféré ne citer que ceux qui offraient le plus d'intérêt. Ils me paraissent suffire amplement, du reste, pour prouver tout ce que j'ai avancé sur les avantages et les inconvénients de ce procédé.

On a pu remarquer qu'après la ligature, la douleur est toujours

assez vive et assez prolongée pendant plusieurs jours, et que la réaction est plus ou moins forte.

Constamment aussi il se forme des *bourrelets externes* correspondant aux hémorrhoïdes internes qui ont été liées. Ces bourrelets sont quelquefois si douloureux et tellement gonflés et œdématiés qu'il faut avoir recours aux sangsues et aux scarifications. Peut-être pourrait-on éviter cet effet en vidant la tumeur après l'avoir serrée avec le fil.

Dans quelques cas j'ai employé, pour la ligature des hémorrhoïdes, des fils métalliques que je serrais au moyen d'un petit *serre-nœud*; mais cet instrument étant obligé de rester en place pendant plusieurs jours, afin de pouvoir augmenter graduellement la constriction exercée par la ligature, il en résultait souvent une gêne très-grande pour les malades, qui étaient forcés de rester constamment dans la même position. J'ai donc renoncé à ce moyen, non-seulement à cause de cet inconvénient grave ; mais aussi parce que le fil métallique venant quelquefois à se casser, il fallait recommencer l'opération.

Comme on le voit par les différentes catégories de faits que j'ai établies, je ne suis arrivé que très-graduellement au procédé de la cautérisation circulaire perfectionnée, et à établir la préférence qu'on doit lui accorder sur tous ceux que j'avais employés auparavant.

Après la ligature, j'ai d'abord fait la cautérisation en masse de l'hémorrhoïde avec le caustique de potasse et de chaux solidifié. Plus tard, j'ai eu recours à la cautérisation circulaire du pédicule avec les pinces à baguettes porte-caustique de mon fils.

Bientôt, je me suis servi des pinces préservatrices que j'ai indiquées et des autres moyens.

Enfin, l'injection d'eau froide, en même temps que la cautérisation et l'expulsion du sang contenu dans l'hémorrhoïde, sont les perfectionnements les plus importants que je crois avoir rapportés du procédé décrit dans la première partie de ce mémoire.

Une remarque importante que je dois faire à l'occasion des deux premiers procédés de cautérisation, c'est qu'il se formait toujours des bourrelets correspondant aux hémorrhoïdes cautérisées ; le même effet avait lieu à la suite de la ligature, et, comme je l'ai déjà dit, ces bourrelets déterminaient des réactions quelquefois très-fortes, tandis que, par le nouveau procédé, en vidant la tumeur hémorrhoïdale, je n'ai jamais observé cet accident, et les suites de l'opération ont été d'ailleurs constamment plus simples.

Il suffit de jeter un coup d'œil comparatif et de faire un simple

rapprochement des procédés que je viens de décrire avec ceux qu'on emploie généralement, l'extirpation, la cautérisation avec le feu et même la ligature, pour se convaincre de la supériorité de la cautérisation circulaire, de sa simplicité et de la préférence qu'on doit lui accorder.

L'extirpation des hémorrhoïdes est une opération difficile, grave et dangereuse ; elle détermine beaucoup de douleur, et souvent elle est suivie d'hémorrhagies graves et même mortelles. Aussi, elle est presque entièrement abandonnée malgré la prédilection de quelques chirurgiens, et les modifications qu'il ont apportées à cette operation.

J'ajouterai que l'extirpation exige presque toujours la cautérisation avec le fer rouge ou le tamponnement, ce qui complique beaucoup l'opération et effraye tous les malades.

Si j'étais forcé d'avoir recours à l'extirpation, je commencerais par bien circonscrire la portion à enlever avec des pinces préservatrices quadrillées ; j'accrocherais encore la tumeur avec deux lénaculums, et après l'excision, je cautériserais avec le caustique de potasse et de chaux solidifiées avant de lâcher.

La cautérisation avec le fer rouge n'est pas aussi douloureuse que l'excision, et elle n'expose pas aux mêmes dangers, mais elle est difficile à appliquer convenablement. En supposant même qu'on se servît de pinces à baguettes rougies à blanc, on ne pourrait pas, sans détruire l'effet du caustique, injecter en même temps de l'eau fraîche, ce qui est un grand inconvénient.

La ligature des hémorrhoïdes est un procédé simple et facile, que j'ai employé exclusivement pendant longtemps, parce qu'il est infiniment préférable à l'extirpation et à la cautérisation par le fer rouge ; mais la constriction opérée par la ligature est fort douloureuse immédiatement, et comme elle persiste encore plusieurs jours après, elle cause une gêne très-grande, même en ne liant que les hémorrhoïdes internes, sans y comprendre les bourrelets correspondants externes, comme le faisait J.-L. Petit, et comme on le fait encore ; ce qui expose à des accidents très-graves à cause de la constriction de la peau.

La cautérisation circulaire du pédicule des hémorrhoïdes par le caustique de potasse et de chaux, et avec les moyens de préservation que j'ai indiqués, est donc l'opération la plus simple et la moins grave de toutes celles qui ont été proposées jusqu'à ce jour pour la destruction des hémorrhoïdes internes.

14. *Du traitement de la grenouillette par les injections iodées;* par M. Ant. Bouchacourt, chirurgien en chef délégué de la Charité de Lyon.

(Bulletin général de Thérapeutique, novembre 1846.)

On donne généralement le nom de *grenouillette* ou *ranule* aux tumeurs situées au-dessous de la partie antérieure de la langue, et à côté du frein. Mais les auteurs sont loin d'être d'accord sur la nature du liquide qu'elles contiennent. Suivant les uns, la poche anormale est produite par un obstacle au cours de la salive, qui la force à s'accumuler; suivant les autres, la tumeur se forme le plus souvent, malgré la liberté du conduit de Warthon; c'est une poche accidentelle, de la nature de la plupart des kystes, et contenant comme eux de la sérosité plus ou moins pure. Cette opinion, à laquelle nous nous rangeons, est d'autant plus probable qu'on a rarement trouvé, dans le liquide contenu, les caractères de la salive. Visqueux et limpide lorsque la tumeur est récente, il ne tarde pas à se troubler et à prendre toutes les apparences des liquides renfermés dans les tumeurs enkystées. Ce n'est pas ici le lieu de discuter plus longuement la valeur de la définition de la grenouillette; ce que j'ai dit suffira pour faire comprendre exactement à quel genre d'affection s'applique le nouveau traitement que je propose. Toutefois, avant d'aller plus avant, je ferai une remarque sur l'exploration de l'intérieur de la tumeur. Lorsqu'on introduit le stylet ou la canule après la ponction, et qu'on les dirige en bas, on éprouve la même sensation que si on frappait contre un calcul salivaire. Pour ne pas se laisser induire en erreur, il faut porter le stylet en haut et en arrière, afin de ne pas rencontrer les dents, dont le frottement simule la présence d'une concrétion salivaire.

La grenouillette est une maladie commune, et qui peut par son développement acquérir un véritable caractère de gravité. Si, dès l'origine, elle dissimule sa présence par le peu de gêne qu'elle occasionne, elle ne tarde pas à entraver les fonctions de la langue. A un degré plus avancé, elle déplace les dents, altère la voix, empêche la déglutition, et peut amener une suffocation imminente. Il faut s'attendre à ces conséquences graves, toutes les fois qu'on abandonne la grenouillette à elle-même. On trouve bien dans les auteurs des observations de guérison spontanée; mais, dans ces cas, l'accumulation du liquide n'avait pas été lente et graduelle : développée sous l'influence d'une inflammation aiguë du conduit de Warthon, cette accumulation disparaissait rapidement, avec la cessation de l'obstacle qui lui avait

donné naissance. La terminaison de la grenouillette rentre donc à peu près complétement dans le domaine de l'art. Comme toutes les rétentions de liquide par oblitération, rétrécissement du canal excréteur ou par formation d'une poche accidentelle, la rétention dite salivaire doit être combattue par un traitement purement local : c'est une issue qu'il faut créer au liquide épanché. Mais là n'est pas toute l'indication, il faut encore s'opposer à la reproduction de l'épanchement. Pour atteindre ce double but, on a proposé plusieurs moyens qui peuvent se rattacher à deux chefs principaux : 1° créer un nouveau méat ; 2° enlever ou détruire la poche.

Pour créer une issue au liquide épanché on avait d'abord recours à la *ponction*, à l'*incision* ou à l'*excision*, trois procédés aussi insuffisants les uns que les autres, avec cette différence toutefois que par l'*excision* la récidive est moins prompte, à cause de la lenteur de la cicatrisation. C'était pour éviter cette tendance inévitable de la tumeur à se reproduire, qu'on avait songé à maintenir le méat artificiel par l'interposition d'un corps étranger. Physick de Philadelphie employait le *séton*. Mais, on le comprend sans peine, ce moyen n'avait qu'une efficacité temporaire, subordonnée entièrement à sa durée. Comme on ne pouvait pas le laisser en permanence sans gêner extrêmement le malade, il fallait bien l'enlever au bout d'un temps qui ne pouvait être très-long, et, une fois enlevé, on retombait dans les inconvénients de l'excision ou de la ponction. Dupuytren, qui s'était singulièrement exagéré les avantages de la canule dans le traitement de la fistule lacrymale, proposa d'appliquer à la cure de la grenouillette le même procédé, afin d'avoir tous les avantages du séton sans en avoir tous les inconvénients. « Pour parvenir à ce but, il fit confectionner un petit instrument composé d'un cylindre creux, par lequel devait s'écouler la salive. Ce cylindre avait quatre lignes dans sa longueur et deux environ dans sa largeur. Il était terminé à chacune de ses extrémités par une petite plaque ovale, légèrement concave sur la face libre, et convexe sur la face adhérente au cylindre et regardant celle de l'autre extrémité ; l'une de ces petites plaques devant se trouver placée dans l'intérieur de la poche, et l'autre correspondre au dehors, c'est-à-dire dans la cavité de la bouche. » (*Leçons orales*, 2e édit., t. III, p. 419). Cette espèce de double bouton, malgré son petit volume, gênait les mouvements de la langue, enflammait la bouche, et il fallait au bout d'un certain temps l'enlever. Dupuytren ne cessa de préconiser cet instrument, malgré ses désavantages; ce n'était pas mauvaise foi de sa part, mais de

même que la terminaison des fistules lacrymales, traitées par ce procédé, lui était rarement connue, ainsi la conséquence de son traitement de la grenouillette lui échappait.

Tous les moyens que je viens d'énumérer réussissent donc très-rarement à amener la cure radicale de la grenouillette. C'est pour atteindre ce but qu'on a aussi proposé de détruire la poche, soit par la *cautérisation*, soit par l'*excision complète*. La cautérisation, très-recommandée autrefois, est inusitée aujourd'hui ; du reste, elle ne peut être appliquée que dans le cas de petites grenouillettes à parois encore minces. Quant à la destruction de la tumeur par l'excision, c'est une opération longue, douloureuse, qui expose à blesser les artères ranines, et qui doit être rejetée.

Convaincu par l'histoire de l'art et par ce que j'avais observé, que le but dans le traitement de la grenouillette n'était presque jamais atteint, j'avais proposé, il y a plus de trois ans, de modifier la surface interne de la poche, afin de tarir cette exhalation incessante de liquide qui, en s'accumulant, produisait la grenouillette. Je conseillai, en un mot, d'agir comme dans l'hydrocèle, ou dans certaines hydarthroses. J'étais encouragé par trois cas bien authentiques et bien constatés, celui cité par Sprengel, celui de Haime (de Tours), et enfin celui de Leclerc, cité par M. Velpeau. Je ne tardai pas à joindre l'exemple au précepte, en traitant par l'injection iodée une grenouillette datant de trois mois. Un succès complet, obtenu en peu de jours, m'engagea à faire connaître le moyen qui m'avait si bien réussi. Depuis cette époque (mai 1843), aucun travail n'a été publié sur la méthode qui m'avait réussi une fois, et dont je citais un cas d'application. M. Vidal (de Cassis), dans la seconde édition de son *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, mentionne à peine les injections appliquées à la grenouillette, et regarde comme une *erreur* le rapprochement qu'on voudrait établir entre cette maladie et l'hydrocèle (t. IV, p. 85, 2e édition, 1846). M. Sédillot (*Traité de médecine opératoire*) accorde que les injections ont réussi dans quelques cas ; mais il est presque certain qu'il s'agissait alors de simples kystes et non de tumeurs salivaires. M. Lenoir dans les additions consciencieuses dont il a enrichi la dernière édition du *Traité de pathologie médico-chirurgicale* de MM. Roche et Sanson, traite plus défavorablement encore notre méthode, il la passe sous silence. Les recueils scientifiques ne m'ont offert aucune observation analogue à la mienne. J'en étais donc réduit à un seul fait, lorsque l'un de mes confrères, M. Leriche, m'a raconté l'histoire

d'un succès par les injections iodées, dans un cas de grenouillette ; puis, deux observations nouvelles s'étant présentées dans mon service à l'Hôtel-Dieu, il n'y a pas longtemps, j'ai pensé qu'avec ces trois nouvelles preuves je serais fondé à appeler de nouveau l'attention sur ce point.

Obs. I. (*communiquée par M. Leriche.*) — Petrus Gonon, âgé de quatorze ans, s'aperçut, il y a dix-huit mois, d'une tumeur au-dessous et à droite de la langue, d'abord du volume d'une noisette ; elle avait, après quelques mois, atteint celui d'un œuf de pigeon. Les mouvements de la langue étaient difficiles, la prononciation presque impossible. La tumeur était d'une consistance ferme, dépressible et élastique. C'est dans cet état que le malade vint nous demander conseil, le 10 octobre 1843, n'ayant encore rien tenté pour obtenir sa guérison. Nous trouvâmes à l'examen une tumeur sub-linguale si volumineuse, que la pointe de la langue se trouvait au niveau des dents du maxillaire supérieur. Elle était fluctuante, indolente, située dans l'épaisseur du repli muqueux sub-lingual. On ne reconnaissait qu'à gauche l'ouverture du conduit de Warthon, qui ne nous a pas paru oblitéré. Je résolus d'employer les injections iodées, conseillées par M. Bouchacourt. Après avoir relevé la langue le plus fortement possible, de manière à faire saillir la tumeur, j'y pratiquai une petite ouverture avec un bistouri étroit. J'en fis sortir environ une cuillerée à bouche d'un liquide jaunâtre et très-visqueux. Puis je fis une injection avec un mélange d'une partie de teinture d'iode et deux parties d'eau. La tumeur reprit immédiatement sa forme, et le malade accusait une douleur assez vive. Le soir et le lendemain de l'injection, il y avait une inflammation assez vive de toute la bouche ; la douleur avait diminué, mais les mouvements de la langue étaient très-difficiles. Le 12, diminution de la tumeur et de l'inflammation. Le 20, la tumeur était réduite au volume d'un haricot et dure au toucher ; il n'y avait plus aucune gêne dans les mouvements de la langue. Le 30, la guérison était parfaite et ne s'est pas démentie depuis trois ans.

Obs. II. — Bernardin, âgé de seize ans, né dans le département de l'Ain, d'un tempérament lymphatique, scrofuleux, entre à l'hôtel-Dieu le 16 juin. Envoyé à l'âge de sept ans dans la Bresse, il fut employé pendant trois ans à la garde des troupeaux. Après deux ans de séjour dans ce pays, il vit apparaître à la partie interne du métatarse du pied droit une petite tumeur qui, grosse d'abord comme un pois, prit peu à peu un développement plus considérable, de manière à atteindre le volume d'un œuf. Un médecin appelé en fit la ponction ; elle donna issue à

un liquide jaunâtre et gélatiniforme. Depuis cette époque, aucune tumeur nouvelle ne s'est manifestée en cet endroit. Bernardin quitta la contrée humide qu'il habitait, pour venir demeurer dans un pays offrant des conditions hygiéniques plus favorables. C'est à Châtillon-les-Dombes que depuis six ans il est domestique. Vers cette même époque, un petit bouton se montra à la base et à droite de la langue. Ce bouton a toujours, depuis ce moment, continué de croître, en présentant des alternatives d'augmentation et de diminution. Ces alternatives paraissaient avoir quelque rapport avec l'apparition des fièvres qui, à chaque retour de la saison nouvelle, affectaient notre malade. Une saignée amendait ordinairement ces fièvres, et le volume de la tumeur diminuait en même temps. Si le malade est sous l'empire d'une affection morale, cette tumeur grossit; le matin, elle offre ordinairement un volume moindre que dans le reste du jour. Les douleurs que sa présence occasionne ne sont ni permanentes, ni périodiques.

Depuis le mois de novembre dernier, la tumeur a acquis un volume plus considérable, qui s'est maintenu jusqu'à l'entrée du malade à l'Hôtel-Dieu. A cette époque, le volume et la forme de cette tumeur étaient ceux d'une grosse amande; elle embrassait toute la partie droite de la base de la langue, en se prolongeant un peu à gauche. Le malade éprouvait quelque gêne dans la prononciation, qui était devenue gutturale. Quand on portait la pulpe du doigt sur la tumeur, on sentait très-manifestement la fluctuation. Le 18 juin, je ponctionnai la tumeur avec un trocart; il en sortit un liquide filant, en tout analogue à celui que fournit la tumeur du pied; la quantité qui s'écoula équivalait au cinquième d'un verre à boire. Je fis ensuite une injection avec 4 grammes de teinture d'iode, mêlée d'eau-de-vie camphrée. Après la ponction et avant l'injection, la tumeur était complétement revenue sur elle-même, elle offrait une apparence ridée et avait perdu sa couleur violacée. Dans la journée, des phénomènes inflammatoires se manifestèrent; la tumeur avait un peu repris de son volume. Le 19, les phénomènes inflammatoires continuèrent, mais avec moins d'intensité que le jour précédent. Le 20, la pression de la tumeur ne produisait pas de douleur. Le 23, l'induration se prolongea de plus en plus. Les 24, 25 et 26, la tumeur s'affaissa et tendit à se mettre de niveau avec les parties environnantes. Le 27, le nivellement était presque complet. Le 30, il est survenu un petit gonflement à la partie postérieure de la tumeur, il y a eu un peu de douleur. (*Bains de pieds, purgation.*) Le 1er juillet, Bernardin n'éprouvait plus de douleur;

la tumeur avait repris l'aspect des jours précédents. Le 2, même observation qu'hier. (*Mélange d'alun et de sucre en poudre* à insuffler sur la tumeur. Le 4, *purgation*; *grand bain.)* Le 6, le malade demande à quitter l'hôpital. Aujourd'hui la prononciation est libre ; il n'existe plus, à la place de la tumeur, qu'un bouton de la grosseur d'un petit pois ; on dirait un repli de la muqueuse un peu exagéré.

Obs. III. — Martin, âgé de 30 ans, né à Briançon, vit apparaître, il y a environ six mois, sans cause connue, un petit bouton au côté droit de la base de la langue ; il n'en éprouvait de gêne que celle causée par la présence d'un corps étranger dans la cavité buccale. Pendant huit jours, ce bouton resta stationnaire; mais tout à coup il prit un développement considérable : dans l'espace de quelques heures, il avait atteint la grosseur d'un œuf de perdrix. Martin s'adressa à un médecin, qui donna un coup de lancette dans la tumeur ; il en sortit une sérosité abondante et de couleur jaunâtre. Vingt-quatre heures après, la tumeur avait repris ses premières proportions. On eut alors recours à l'emploi du fil qui resta pendant trois semaines dans la tumeur ; sous l'influence de ce traitement, le mal avait paru céder. Au bout de ce temps le fil tomba. Nouvelle réapparition de la tumeur, tentatives inutiles pour replacer un second fil. A cette époque, le malade s'adressa à un second médecin, qui employa les mêmes moyens que le premier, et qui ne fut pas plus heureux. La tumeur avait acquis un volume considérable. Un troisième médecin employa la ponction et la cautérisation répétée sans plus de succès. Un quatrième médecin consulté reprit les cautérisations avec le nitrate d'argent avec aussi peu de bonheur. Un chirurgien militaire ordonna des sangsues à la base du cou (le malade n'a pas rempli cette prescription), des sinapismes aux pieds, des vésicatoires; tout échoua. Las de ces tentatives inutiles, Martin se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu le 15 avril. M. Bonnet pratiqua l'excision de la tumeur. Pendant six jours, on crut le mal guéri ; la récidive ne se fit pas attendre. Sorti de l'hôpital, Martin est venu réclamer mes soins de la part de M. Bonnet. Le 18 mai, je fis une ponction comme pour une hydrocèle. Une quantité assez grande de sérosité fut évacuée ; elle était filante et d'un blanc jaunâtre. J'injectai ensuite 4 grammes de teinture d'iode. (Eau de rose, q. ég. ; gargarisme avec tête de pavôt et racine de guimauve.) Le 25, Martin vint me voir ; il allait bien, la tumeur n'avait pas reparu. Le 8 juin, le malade, que nous n'avions pas vu depuis le 25 mai, raconte que, quelques jours après sa dernière visite, un petit bouton, de la gros-

seur d'une noisette, se montra du côté gauche, persista deux jours seulement et disparut spontanément. Une nouvelle tumeur apparut au même endroit que la précédente cinq ou six jours après, mais avec des proportions plus considérables; elle a diminué sensiblement, et est aujourd'hui de la grosseur d'une petite amande. Je ponctionnai cette tumeur et employai la même injection que la première fois. Le 18 juin, nouvelle visite du malade. A droite, on reconnaît uue petite tumeur légèrement indurée, représentant l'ancienne; à gauche, la petite tumeur, dans laquelle on a pratiqué, le 8, une injection, offre les mêmes caractères d'induration; son volume a diminué de plus d'un tiers : tout présage une issue heureuse au traitement nouveau appliqué à ce malade.

Averti de se présenter à notre visite à l'Hôtel-Dieu dans le cas où la maladie se reproduirait, cet homme n'est pas revenu; il y a bientôt quatre mois que nous l'avons vu pour la dernière fois.

Il résulte de ces faits et de la première observation que nous publiâmes à une autre époque (mai 1843) :

1° Que j'ai le premier appliqué au traitement de la grenouillette la méthode générale d'injection iodée, qui a si souvent réussi dans les tumeurs enkystées et l'hydropisie, avec ou sans induration des parois de la plupart des cavités closes.

2° Que, sur quatre cas, j'ai obtenu quatre succès, avec une apparence de récidive dans l'un d'eux seulement. (Obs. III.)

3° Que cette méthode, qui est d'un emploi facile, n'expose pas aux hémorrhagies, produit peu d'inflammation, peu de douleur.

4° Qu'elle guérit sans amener de suppuration, ni exfoliation apparente, et dans un temps fort court.

5° Qu'elle réussit dans les cas où d'autres méthodes ont été inutilement employées. (Obs. III.)

A ces titres, fort de mon expérience, je demande que désormais la méthode *des injections iodées* soit substituée, dans le traitement de la grenouillette, à la plupart des moyens *barbares* ou tout au moins fort peu rationnels dirigés contre une affection qui peut devenir grave à la longue, mais qui, au début et pendant une grande partie de sa durée, fait moins souffrir, expose à moins d'inconvénients ou d'accidents que la plupart des méthodes et des procédés opératoires que les chirurgiens lui ont appliqués.

IX. MALADIES SYPHILITIQUES.

15. *De la blennorrhagie chez la femme.* — Hôpital du Midi. — M. Ricord.

(Gazette des Hôpitaux, N° 106, 1846.)

La blennorrhagie, chez la femme, a pour siége la vulve, le vagin, l'urètre, l'utérus ; toutes ces parties peuvent être prises séparément, ou prises simultanément, deux à deux, trois à trois, ou toutes les quatre ensemble.

La blennorrhagie vulvaire est l'analogue et l'équivalent de la balanoposthite chez l'homme ; elle peut être limitée de la vulve aux caroncules myrtiformes, à l'anneau vulvaire ; nous en avons vu qui étaient limitées à la région clitoridienne, n'intéressant que le clitoris et son prépuce. Ces cas sont cependant assez rares. Le plus souvent, c'est la vulve entière qu'affecte la blennorrhagie. Elle peut avoir plusieurs degrés ; l'inflammation peut n'être qu'érythémateuse, superficielle, sans altération de sécrétion. Elle peut s'attaquer plus profondément, produire un écoulement muqueux, ou même passer à l'état d'inflammation phlegmoneuse. Dans quelques circonstances, l'inflammation semble limitée aux follicules profonds. Cette forme de la maladie a été principalement, et pour la première fois, étudiée par M. Robert, qui en a fait le sujet d'un mémoire intéressant.

Chez quelques femmes, cette phlegmasie isolée des follicules est tellement fréquente, que M. Moulinié, de Bordeaux, avait pris ces follicules pour le siége véritable et unique de la blennorrhagie chez la femme.

La blennorrhagie vulvaire est ordinairement accompagnée de prurit intense, de chaleur vive, de rougeur très prononcée. Il n'est pas rare de voir un gonflement œdémateux des parties en être le résultat ; et quelquefois même, l'affection est tellement grave et intense, qu'elle peut passer à l'état phlegmoneux.

Les abcès de la vulve sont, ou des abcès vraiment phlegmoneux, ou des abcès qui ont pour siége les follicules dont nous vous entretenions il n'y a qu'un instant. Dans ce dernier cas, vous trouvez des abcès nettement circonscrits, qui se présentent sur la partie latérale et sur la face interne des grandes lèvres. C'est ce même organe qui est assez souvent le siége des kystes si communs de cette région. Les malades qui sont affectés d'inflammation vulvaire souffrent en urinant, non pas que l'urètre soit sensible, mais seulement parce que l'urine coule sur les parties enflammées et vient les baigner.

Chez beaucoup de femmes, pendant la période du début de la maladie, et même, mais plus rarement, pendant tout le temps

qu'elle dure, il y a exagération des désirs vénériens, nymphomanie véritable. Heureusement, car les rapports sexuels seraient, dans cette circonstance, dangereux pour l'homme et nuisibles à la femme en l'empêchant de guérir, heureusement que le coït est alors extrêmement douloureux, et qu'il devient impossibles à la femme de les satisfaire. Nous avons oublié de vous dire que dans certains cas, l'engorgement vulvaire inflammatoire est tellement considérable, qu'il oblitère complétement l'entrée du vagin, et que l'émission de l'urine est rendue difficile et douloureuse. Nous avons vu des femmes dont les nymphes étaient très développées; le gonflement et l'œdème étaient tels, que les nymphes étaient en quelque sorte étranglées.

L'inflammation vulvaire peut, non-seulement affecter la face interne de la vulve, mais encore se propager à la peau dans les parties voisines des organes génitaux, principalement chez les femmes un peu grasses. C'est alors une véritable blennorrhagie externe. La peau devient œdémateuse; l'épiderme se ramollit, et la face interne des cuisses finit par ressembler à la surface d'un vésicatoire en suppuration. Un caractère particulier, dont on ne doit pas négliger de tenir compte, c'est une horrible fétidité, qui ne manque jamais lorsque l'affection a atteint un certain degré d'intensité.

La blennorrhagie se borne rarement aux régions que nous venons d'indiquer. Il est beaucoup plus ordinaire de la voir sévir plutôt sur le vagin que sur la vulve elle-même. Le vagin doit donc être considéré comme étant très habituellement le siége de la blennorrhagie. Lorsque le vagin se prend, il y a de la douleur dans la région du bassin, du malaise, une courbature générale, etc. Chez un grand nombre de femmes, la blennorrhagie peut exister très intense sans qu'elles aient beaucoup à souffrir. Elles sont plus douloureusement affectées de la blennorrhagie vulvaire que de la blennorrhagie vaginale. Dans la blennorrhagie vaginale, il y a encore quelques distinctions à établir; la phlegmasie de la membrane muqueuse, la vaginite, peut être érythémateuse, catarrhale ou phlegmoneuse. Ici, également, chez quelques femmes, l'orgasme et l'appétit vénérien peuvent être exaltés; mais, contrairement à ce qui arrive dans la blennorrhagie vulvaire, les rapports sexuels ne sont presque point douloureux, ils restent possibles tant que la vulve elle-même n'est pas gravement malade. Pour le vagin, lorsqu'il est isolément pris, la douleur est quelquefois tout à fait nulle; mais l'écoulement est beaucoup plus abondant que celui fourni par la vulve; il tient des caractères que nous avons signalés.

Si l'on inspecte la surface du vagin, on la trouve plus rouge qu'à l'état normal, d'une coloration vive et franche ; l'étendue de cette coloration varie suivant l'étendue de la maladie. Il y a des vaginites partielles ; il y en a qui n'affectent presque que le cul-de-sac péri-utérin, formé par le repli de la membrane muqueuse sur le col de l'organe lui-même. Il y a véritablement des circonstances dans lesquelles on ne saurait mieux comparer la vaginite partielle qu'à la balanoposthite. Cette comparaison avait déjà été faite par Hunter ; sauf le nom de balanoposthite qu'il ne connaissait point, et qui est d'invention toute moderne, il a parfaitement établi les analogies et les points de rapport qui existent entre les deux affections dont nous parlons.

Quelle que soit l'étendue du vagin qui soit prise, qu'il soit enflammé dans sa totalité ou seulement en partie, vous rencontrez toujours ces altérations de coloration, et surtout une saillie plus prononcée des zones, des rides circulaires du vagin. Dans quelques circonstances, vous rencontrerez une variété de vaginite que M. Deville a cru devoir rapporter à la vaginite des femmes enceintes, et que pour notre part nous avons rencontrée presque aussi souvent, sans cependant avoir de chiffre exact, chez des femmes qui n'étaient pas enceintes ; c'est la vaginite désignée sous le nom de *papuleuse* ou *granuleuse*. Dans cette variété, la membrane muqueuse enflammée du vagin ressemble à la surface d'une plaie bourgeonnante. Nous croyons avoir remarqué que la vaginite affecte plutôt cette forme chez les femmes lymphatiques, scrophuleuses ; peut-être aussi, nous n'oserions pas absolument affirmer le contraire, affecte-t-elle cette forme plus volontiers chez les femmes enceintes.

Nous avons dit que l'inflammation peut se propager jusqu'à l'utérus lui-même. Rien n'est plus commun que de rencontrer des *mucites* utérines, des phlegmasies catarrhales ou purulentes de la membrane interne de la matrice. Ici, comme à la vulve, comme dans le vagin, nous trouvons trois degrés de la maladie, érythème, sécrétion muqueuse exagérée, sécrétion purulente, quelquefois elle passe même à l'état de métrite parenchymateuse. Nous admettons comme continuité très rationnelle de l'affection, sa propagation à l'utérus lui-même. Il n'y a rien entre ces deux maladies de spécifiquement différent. Vous avez là tous les symptômes qu'il est possible de rattacher à la phlegmasie de l'utérus : lésions organiques, lésions fonctionnelles, lésions sympathiques ; mais de plus, vous trouvez des lésions analogues à celles que l'on rencontre chez l'homme ; chez l'homme, vous avez quelquefois

maladie consécutive de l'épididyme et du testicule ; chez la femme, la phlegmasie peut s'étendre à l'ovaire.

Il nous a été donné dans un assez grand nombre de cas, sans cependant qu'ils soient excessivement fréquents, d'observer des inflammations des annexes de l'utérus, inflammations qui étaient liées et consécutives à la phlegmasie blennorrhagique débutant par la vulve et le vagin. Aux accidents du côté de la matrice succèdent des douleurs dans une ou dans les deux régions iliaques, avec tension, gonflement, douleur à la pression ; et surtout, signe qui nous a paru constant et par conséquent de la plus grande valeur, toutes les fois que nous avons fait coucher une femme ainsi malade sur le côté où existe le gonflement, la douleur diminuait : la raison de ceci est très simple. A mesure que la position changeait, les tiraillements exercés par l'organe affecté diminuaient, et par suite la douleur dont ces tiraillements étaient la seule cause.

Nous avons vu quelquefois l'affection se propager ainsi à l'utérus et à l'ovaire, non pas tout de suite, mais après avoir duré pendant un certain temps, comme l'on voit chez l'homme survenir l'épididymite ou l'orchite après que la blennorrhagie a duré deux ou trois septénaires et même davantage. En thèse générale, il existe l'analogie la plus parfaite entre l'ovarite blennorrhagique et l'épididymite blennorrhagique. Quant à l'anatomie pathologique, il nous est impossible de vous en rien dire ; nous n'avons pas encore eu un seul fait terminé d'une manière funeste, et toutes les femmes que nous avons traitées ont parfaitement guéri, sans tendance à la suppuration, comme dans les cas d'épididymite. C'est la même loi, lorsque les malades, hommes ou femmes, ne sont pas entachés d'autres affections. L'observation nous a appris que c'étaient les catarrhes utérins qui étaient la cause la plus fréquente de la blennorrhagie, et que c'étaient les femmes qui en étaient affectées, qui communiquaient le plus habituellement des écoulements urétraux aux hommes ; de ces écoulements utérins, l'origine n'est pas encore bien déterminée. Daran les considérait toujours comme vénériens, même lorsqu'il était certain que les femmes n'avaient eu aucun rapport avec des hommes. Il ne serait pas impossible, bien que la proposition de Daran soit évidemment beaucoup trop absolue, il ne serait pas impossible que quelques écoulements utérins reconnûssent pour causes uniques les causes de la blennorrhagie ; d'où nous concluons aussi que les affections si communes de l'ovaire pourraient bien avoir, comme beaucoup de maladies du testicule, pour point de départ des conditions analogues aux conditions blennorrhagiques.

Une autre variété de la blennorrhagie chez la femme, c'est la blennorrhagie urétrale. On a dit et presque tous les médecins croient encore que la blennorrhagie vaginale est la blennorrhagie classique. Si l'on y regardait de bien près, peut-être finirait-on par trouver qu'il n'y a de véritable blennorrhagie chez la femme que la blennorrhagie urétrale. Quelques observateurs l'ont niée, nous ne savons trop pourquoi, ni comment ils ont observé les malades. Non-seulement elle existe chez la femme, mais elle peut exister seule, absolument seule, sans vulvite, sans vaginite, sans catarrhe utérin. Toutes les fois que nous avons recherché avec soin les conditions étiologiques de la blennorrhagie chez la femme, nous avons trouvé une blennorrhagie urétrale. Nous l'avons rencontrée environ une fois sur sept ou huit, et maintenant nous avons par devers nous plus de cinquante observations de blennorrhagie urétrale seule, et sans aucune autre lésion du côté des organes génitaux. Il y a ceci de très curieux pour la blennorrhagie urétrale : lorsque vous examinez une femme atteinte de vaginite, de blennorrhagie vulvaire ou utérine, et que vous la questionnez pour savoir si elle s'est exposée à un coït suspect, très-souvent elle n'en convient pas, et rien ne s'oppose du reste à ce que l'on attribue à une autre cause la production de sa maladie. Toutes les fois, au contraire, qu'il nous est arrivé d'examiner une malade présentant une urétrite et de l'interroger, toujours elle est convenue qu'elle s'était placée dans des conditions nécessaires pour contracter une blennorrhagie par contagion, qu'elle s'était livrée à un coït suspect.

Cependant, nous croyons qu'elle peut aussi, cette blennorrhagie urétrale, se développer sous l'influence d'autres causes. Mais notre observation est telle, et la conviction à laquelle nous avons été conduit est si profonde, que, dans un cas de médecine légale, l'existence d'une blennorrhagie urétrale chez la femme serait la preuve à nos yeux d'une infection préalable. Nous le répétons, toutes les fois que nous avons trouvé une blennorrhagie urétrale chez la femme, l'homme qui avait eu des rapports avec elle, était affecté d'une blennorrhagie âcre, purulente, contagieuse.

Sans doute, on a fait des relevés contradictoires ; on a pu prendre toutes les femmes ayant des écoulements réputés vénériens ; les filles publiques, par exemple, chez lesquelles on a toujours de la tendance à croire les écoulements consécutifs à une infection, et cela en raison du métier qu'elles exercent, et l'on a trouvé que l'urétrite était beaucoup moins commune qu'on ne l'avait pensé. Cela est vrai envisagé de cette manière. Nous vous

ferons observer que la blennorrhagie communiquée est beaucoup plus rare chez la femme qu'on ne se l'est imaginé jusqu'ici. Comme les autres femmes, les filles publiques ont des écoulements spontanés, idiopathiques, symptomatiques d'une vaginite, d'une métrite, non dépendants d'une cause infectieuse ; mais des écoulements communiqués par des hommes atteints de chaudepisse, c'est fort rare. La femme, ayant des rapports avec un individu atteint de phénomènes primitifs de syphilis, de chancres, en un mot, contracte très facilement des chancres. Mais il est difficile de donner une chaudepisse à une femme avec une urétrite contractée par contagion.

Les symptômes de la blennorrhagie urétrale chez la femme sont à peu près analogues à ceux que présente l'homme. Ainsi, il y a de la douleur, une cuisson plus ou moins vive, plus ou moins lancinante pendant l'émission des urines. Il y a ténesme vésical. Dans la blennorrhagie utérine, le mucopus utérin est glaireux, plus ou moins opaque, plus ou moins coloré, ressemblant assez au liquide glaireux que rendent avec les urines les sujets affectés de catarrhe vésical.

Pour arriver à connaître d'une manière certaine et positive la source des écoulements blennorrhagiques chez la femme, il faut avoir recours à l'examen direct des parties profondes par le spéculum ; et pour cela, il est quelquefois nécessaire d'attendre que les symptômes inflammatoires les plus intenses soient calmés. Indépendamment de cette application du spéculum pour constater l'état du vagin et de l'utérus, on peut avoir recours avec avantage au toucher, qui fournira souvent des données importantes. C'est surtout le matin qu'il faut examiner ainsi les malades. Le doigt, introduit dans le vagin, doit former un sillon à la partie postérieure du vagin qu'il déprime. Le pus suit le doigt, et vient sortir au dehors. Pour s'assurer si l'urètre est pris, on introduit le doigt indicateur dans le vagin, la face palmaire tournée en haut ; puis appuyant sur la paroi inférieure du canal de l'urètre, on ramène le doigt d'arrière en avant. Lorsque l'on examine le linge, ce n'est pas sur le devant de la chemise, mais sur la partie postérieure qu'il faut chercher les traces de l'écoulement, et qu'il sera possible d'en apprécier la couleur et l'abondance.

Rien de plus aisé que le diagnostic de la vulvite érythémateuse, catarrhale et phlegmoneuse. Mais ce diagnostic différentiel, quant aux causes, nous défions, en quoi que ce soit, lorsque l'on a à examiner une vulvite, une vaginite ou une phlegmasie utérine, de pouvoir conclure aux conditions qui ont donné lieu à la

maladie. Il n'y a pas de différence entre une vulvite résultant d'une contagion, et celle qui résulte de toute autre cause. En dehors de l'ulcère primitif spécifique, le chancre, il n'y a pas de signe différentiel pouvant indiquer la contagion.

Sous le point de vue du pronostic, la vulvite est très simple; la vaginite est plus grave, en ce sens qu'elle est plus difficile à guérir. L'urétrite tient le milieu entre la vaginite et la vulvite. La maladie est plus tenace quand elle a pour siége la cavité de l'utérus. Le catarrhe utérin est sans contredit la plus rebelle et la plus opiniâtre de toutes les formes de la blennorrhagie, celle qui résiste le plus, et est presque inexpugnable, surtout chez les femmes qui ont eu des enfants.

XII. GÉNÉRALITÉS.

16. *Appréciation générale de quelques objections relatives aux faits qui servent de base à l'antagonisme pathologique, et réfutation en particulier des opinions de M. le Pileur* (1); par M. Boudin, Médecin en chef de l'hôpital militaire de Versailles.

(Annales d'Hygiène publique, 4e trimestre 1846.)

Il semble être dans la destinée de certaines vérités médicales de n'acquérir définitivement droit de cité dans la science qu'après avoir subi l'épreuve d'une lutte plus ou moins opiniâtre, et dont la durée s'est souvent prolongée pendant des siècles entiers pour plusieurs des plus importantes d'entre elles. L'histoire du quinquina, celle de l'émétique, des préparations arsenicales, sont là pour attester l'exactitude de cette proposition. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner, si, au milieu des masses imposantes de faits qui viennent chaque jour en consolider le principe, la thèse de l'antagonisme rencontre parfois sur son passage une certaine résistance, en dehors de laquelle, dans la marche providentielle des sciences, aucune vérité ne paraît appelée à prévaloir.

Un caractère commun aux diverses objections qui se sont succédé jusqu'ici, sur le terrain de l'antagonisme, a été pour ces dernières, tantôt de s'adresser à une proposition chimérique résultant de l'adultération de la thèse que je défends, tantôt de prêter à certains faits négatifs une valeur qui ne leur appartenait pas.

Les objections présentées dernièrement par M. Le Pileur échappent-elles d'une manière complète au reproche que je viens

(1) Voy. *Annales d'Hygiène publique*, n° de juillet, 1846, p. 1 et suivantes.

de formuler contre celles de ses devanciers? C'est ce que nous allons examiner ; mais, avant d'aborder la discussion, nous devons dire que la polémique de notre honorable collègue contraste d'une manière frappante, tant par la loyauté du fond que par l'exquise urbanité de la forme, avec celle de quelques-uns de ses prédécesseurs; nous n'hésitons pas à le féliciter et même à le remercier de cette heureuse innovation. Maintenant, arrivons au fait.

L'argumentation de M. Le Pileur peut se résumer ainsi qu'il suit : « Il résulte des comptes-rendus sur le recrutement en « France, que la proportion des exemptions du service militaire « pour *maladies de poitrine*, comparée aux exemptions pour *ma-* « *ladies autres*, ne dénote point une fréquence moindre des pré- « mières, dans les divers *départements* renfermant des contrées « marécageuses. »

Admettons pour un instant que cette proposition fût bien démontrée (nous verrons plus loin qu'elle ne l'est pas), et nous demanderons ce qu'elle prouverait contre la thèse de l'antagonisme, telle que nous la formulons, ou en d'autres termes, contre la rareté *relative* de la *phthisie pulmonaire* et de la fièvre typhoïde dans les *localités* à caractère marécageux *fortement* dessiné? Nous pensons qu'elle ne prouverait rien, 1° parce qu'aucune raison ne justifie l'assimilation de la totalité des *maladies de poitrine* des *comptes-rendus sur le recrutement* (1) à la phthisie ; 2° parce que la moyenne des maladies de poitrine d'un *département* ne saurait donner une idée de la fréquence relative de la phthisie dans certaines *localités* dont le sol, même marécageux, peut d'ailleurs ne pas présenter les conditions d'intensité exigées et stipulées de la manière la plus explicite dans notre proposition (2).

« La désignation *maladies de poitrine*, dit M. Le Pileur, équi- « vaut *à-peu-près* à celle de phthisie, car on ne *réforme* (3) ni « pour bronchite, ni pour catarrhe, ni pour pneumonie, ni pour « pleurésie. »

S'il est vrai que les maladies que nous venons de nommer ne

(1) Il importe aussi de ne point perdre de vue que la centralisation des motifs d'exemption du service dans les bureaux de la guerre est confiée à un simple commis, chargé ainsi de résumer des documents scientifiques dont la rigoureuse classification présenterait déjà d'énormes difficultés à un médecin.

(2) Je ne sache pas que l'efficacité du quinquina, du fer et du mercure, dans le traitement des diathèses paludéenne, chlorotique et vénérienne, ne soit pas subordonnée à cette condition d'intensité, qui, loin de constituer une subtilité médicale, est au contraire monnaie courante en médecine.

(3) M. Le Pileur veut dire : *on exempte ;* la *réforme* ne s'applique qu'à des hommes déjà admis, et elle se distingue aujourd'hui en réforme n° 1 (pour infirmités contractées au service), et en réforme n° 2 (pour infirmités antérieures à l'incorporation). La première *exempte* le frère suivant; la seconde ne l'exempte pas.

donnent que rarement lieu à *exemption*, on ne saurait évidemment en dire autant des maladies du cœur et des vices de conformation de la poitrine, infirmités qui motivent au moins aussi fréquemment que le fait la phthisie, la non-admission des hommes. Or, toutes ces affections sont comprises dans le travail de centralisation des bureaux de la guerre, sous la dénomination générique de maladies de poitrine. Je ne parlerai même pas de ce qu'un diagnostic, improvisé par l'officier de santé, appelé souvent à visiter 150 hommes dans le court espace d'une heure, peut et doit laisser à désirer, sinon au point de vue pratique du recrutement, du moins au point de vue de la précision scientifique. Tout ceci est parfaitement connu de quiconque a pris la moindre part aux opérations médicales des conseils de révision.

Mais puisque les comptes-rendus du ministère de la guerre ne permettent pas de distinguer la part de chacune des maladies de poitrine dans l'exemption du service, je vais avoir recours à une autre autorité dont personne ne récusera la compétence ; je veux parler du recrutement de l'armée anglaise. Chez nos voisins d'outre-Manche, l'opération médicale du recrutement est confiée aux officiers de santé militaires du grade le plus élevé, et, comme elle s'effectue d'ailleurs à tête reposée et sur un plus petit nombre d'hommes à la fois, les résultats de cette opération semblent offrir, sous le point de vue du diagnostic des maladies qui donnent lieu à exemption, plus que chez nous des garanties d'exactitude et de précision. Eh bien ! le docteur Marshall, inspecteur général des hôpitaux militaires, rapporte, dans son excellent travail sur le recrutement en Angleterre (1), que sur une série de 1,390 refus, prononcés en 1824, il y en eut.

10 pour poitrine étroite,
14 pour dépression du sternum, et seulement
2 pour maladies pulmonaires (*pulmonic diseases*).

En supposant que ces deux maladies pulmonaires aient été des cas de phthisie, il en résulterait que cette affection aurait figuré, par rapport aux autres maladies de poitrine, non compris même les maladies du cœur, dans la proportion de 1 à 12.

Lorsqu'il y a trois ans on opposa à la thèse de l'antagonisme le chiffre des phthisies, puisé dans les documents officiels publiés sur l'armée anglaise, ma réfutation fut courte ; elle se borna à démontrer que, *de l'aveu même des auteurs de ces documents, les maladies qualifiées de phthisies n'étaient pas des phthisies* (2).

(1) Marshall. *On the enlisting, discharging and pensioning of soldiers.* Edinburgh, 1839, p. 54.

(2) Voici quelques-uns des passages du texte anglais : *The term phthisis was*

Aujourd'hui je n'ai autre chose à dire, si ce n'est que les affections, qualifiées de *maladies de poitrine* dans les comptes-rendus du recrutement, ne sont pas des *phthisies*. Comme on le voit, je pourrais borner là ma réfutation; mais, poursuivons.

Admettons pour un moment que les *maladies de poitrine* des comptes-rendus du recrutement fussent réellement des phthisies, pense-t-on que la fréquence de cette maladie dans quelques départements en prouverait la fréquence dans la portion marécageuse de ces mêmes départements ? Pas le moins du monde, et je vais en donner la preuve.

Supposons, par exemple, que, dans un département agricole, A, exempt de marais, la proportion des exemptions pour phthisie soit aux exemptions pour maladies autres comme 8 : 1,000, nous aurons d'après la formule de M. Le Pileur :

P : M : : 8 : 1,000.

Supposons ensuite que dans un département voisin, B, et composé de deux parties *égales*, l'une marécageuse, l'autre non marécageuse, mais à population industrielle, la proportion des phthisiques, soit :

Pour la première (marécageuse), P : M : : 2 : 1,000
Pour la seconde (non marécageuse), P : M : : 18 : 1,000.

tout jusqu'ici sera favorable à l'antagonisme. Que s'il vous convient de changer ce résultat en une conclusion opposée, il suffit tout simplement d'adopter la méthode suivie par M. Le Pileur; en d'autres termes, il suffit de prendre la moyenne *par département*. La moyenne des phthisiques du département B sera de 10 sur 1,000, puis l'on conclura que le département B, bien que marécageux, renferme plus de phthisiques que le département A, alors qu'au contraire la partie marécageuse du département B présente en réalité une proportion quatre fois plus faible que celle du département A.

Je ne pense pas encourir le reproche de subtilité médicale en insistant sur la nécessité d'étudier le problème de l'antagonisme par *localités*. Tous les médecins un peu familiers avec les travaux modernes d'hygiène publique, savent combien l'état sanitaire diffère souvent d'une manière sensible sur deux points, je ne dirai pas d'un canton, mais souvent d'une seule et même ville. M. Nepple, après avoir proclamé la rareté de la phthisie dans la partie marécageuse du département de l'Ain, fait observer que

not correctly applied, tome II, p. 227. — *The term phthisis has been applied to other affections*, tome I, p. 215, etc., etc., etc. — *Reports on the navy*. London, 1841. — Tout ceci n'empêchera pas la *bonne foi* de répéter longtemps encore que les documens anglais sont écrasants pour la thèse de l'antagonisme.

cette maladie est commune dans le pays de coteaux du même département. Ramel, après avoir décrit les formes pathologiques des marais de la Provence, dit textuellement : « A La Ciotat et à Cassis, où il n'y a pas de marais, la phthisie pulmonaire est commune. » Enfin, pour ne citer qu'une seule ville, voici comment, d'après les documents officiels du *Registrar general*, dans les 30 quartiers de Londres, se trouvent réparties la densité de la population, la mortalité générale, enfin la mortalité par phthisie et par fièvre typhoïde :

	Yards carrés pour une personne.	*Mortalité sur 1,000 habitants.* Générale.	Par fièvre typhoïde.	Par phthisie.
Quartiers n° 1 à 10,	55	28,37	1,29	4,24
Quartiers n° 11 à 20,	144	24,63	0,98	4,06
Quartiers n° 21 à 30,	173	19,33	0,60	3,32 (1)

En résumé, il est permis de déduire de tout ce qui précède : 1°, et c'est là un point capital, que les affections qualifiées dans les *comptes-rendus du recrutement de maladies de poitrine* ne peuvent être assimilées, dans leur ensemble, à des cas de *phthisie ;* 2° que la fréquence de la phthisie dans un *département*, considéré en masse, ne prouve nullement la fréquence de la phthisie dans celles des *localités* de ce département, dont le caractère marécageux est *fortement prononcé* ; 3° enfin, que les conclusions de M. Le Pileur, en ce qui touche le problème de l'antagonisme en France, ne sont point admissibles.

Il me resterait à répondre à quelques propositions de détail de mon honorable adversaire, sur lesquelles je ne saurais partager son opinion ; mais, d'une part, les limites obligées de cet article m'obligent d'être court ; d'autre part, les propositions auxquelles je fais allusion ont été réfutées déjà dans les débats antérieurs sur la matière. Ainsi, se fondant sur un passage de Ramel qui mentionne des fièvres *putrides* sur le littoral de l'Algérie, M. Le Pileur en conclut que les fièvres typhoïdes sont communes dans cette partie de l'Afrique. Je n'ai qu'un mot à répliquer : ou Ramel a voulu parler d'une forme particulière de fièvres paludéennes, désignées dans ces derniers temps sous le nom de *gastro-céphalites* par les officiers de santé de l'armée, ou Ramel a mal vu. Je n'invoquerai pas sur ce point mon observation personnelle dans la province de Bone, observation complétement opposée à cette fréquence prétendue des fièvres typhoïdes, mais je me bornerai à renvoyer le lecteur aux documents nombreux

(1) *Fifth annual Report of the Registrar general.* London, 1844. — Consultez aussi sur cette matière le chapitre XIII de mon mémoire *sur l'état sanitaire des armées* (Ann. d'hygiène publique, 1846, tome XXXVI, p. 5 et suivantes.)

que j'ai réunis sur cette matière, dans divers mémoires. J'ajouterai enfin, qu'à l'époque où écrivait Ramel, peu de médecins se doutaient de l'influence du séjour antérieur sur les manifestations pathologiques de certaines localités, influence sur laquelle j'ai longuement insisté dans le chapitre v de mon *Essai de Géographie médicale.*

En ce qui regarde l'opinion de M. Le Pileur sur l'action prétendue préventive des climats à température uniforme, je ne puis mieux faire que de reproduire ici le passage suivant, relatif à la topographie médicale de Malte, et que j'emprunte aux documents officiels publiés par le gouvernement anglais :

« Les habitants de Malte subissent l'influence des maladies « pulmonaires au même degré que ceux des pays les plus sep- « tentrionaux... Les fièvres intermittentes ont presque toujours « une origine étrangère au climat de Malte; il a été constatée « qu'elles avaient été contractées pendant un *séjour antérieur*, « soit dans les îles Ioniennes, soit dans un autre foyer...

« Le climat de Malte est peu favorable aux personnes prédis- « posées aux affections pulmonaires, circonstance d'autant plus « remarquable que le thermomètre ne descend presque jamais « à zéro, et que la température de la nuit est à très-peu de chose « près celle du jour. Sur 665 militaires anglais décédés à Malte « dans une période de 20 ans, 245 ont succombé à des affec- « tions pulmonaires (1). »

Enfin, M. Le Pileur reproduit quelques documents empruntés à M. Lefèvre et relatifs aux maladies de Rochefort, documents qui lui semblent de nature à infirmer la thèse de l'antagonisme (2). Voici ma réponse sur ce point : *la ville de* Rochefort est ou n'est pas une localité à caractère marécageux *fortement prononcé.* Si elle ne l'est pas, les phthisies qui y ont été observées ne prouvent rien dans la question en litige ; si, au contraire, l'intérieur de Rochefort réunit les conditions indiquées d'impaludation, il faut le prouver autrement que par la simple énumération de quelques décès causés par des fièvres qui peuvent fort bien avoir été contractées *hors* la ville. En d'autres termes, il faut exhiber l'*extrait de naissance* des fièvres de Rochefort, au lieu de se borner, comme on l'a fait jusqu'ici, à constater ce qui n'est nullement en question, que l'hôpital de cette ville peut, comme les hôpitaux de Paris, recevoir des malades d'origine diverse et atteints les uns de phthisie, les autres de fièvres intermittentes.

(1) *Statistical Reports on the sickness and mortality among the troops.* London, 1840.

(2) *Bulletin de l'Académie royale de médecine*, 1845, tome x, p. 1041.

Disons enfin que les documents réunis par M. Chassinat, sur le *bagne* de Rochefort, sont en contradiction formelle avec les opinions de M. Lefèvre ; que la lettre en date du 26 novembre 1719, du premier médecin de la marine, J. Cochon-Dupuis, dont on a invoqué l'autorité, parle de *maladies de poitrine* et ne dit pas un mot de phthisie ; enfin, que Lucadou dit textuellement (page 62) : « Il y a peu de pays où les maladies *chroniques* de poitrine « soient plus rares qu'à Rochefort. »

Si ce qui était vrai du temps de Lucadou était démontré ne l'être plus aujourd'hui, ne serait-il pas permis d'admettre que ce changement se rattache, au moins en partie, à la diminution d'intensité de l'influence marécageuse à Rochefort ? Cette supposition n'a rien d'improbable pour ceux qui connaissent les faits réunis par moi sur les changements survenus dans les manifestations pathologiques de certaines localités sous l'influence du temps et du desséchement du sol. Enfin, je terminerai mes considérations sur Rochefort par la citation d'un passage d'une lettre du docteur Bouyer, habitant Marennes, à M. Lefèvre, qui lui avait demandé son opinion : « Je pense que *les décès par phthisie* « *sont proportionnellement plus rares dans notre pays de marécages* « qu'ils ne le sont ailleurs ; mais je suis intimement convaincu « que la statistique telle qu'on la fait habituellement ne peut « rien pour arriver à une solution pour ou contre l'opinion de « M. Boudin. »

Le médecin de Marennes n'a certainement pas tort. On comprend en effet que l'on compte les individus présentant des fièvres intermittentes, des salivations mercurielles, etc., etc., etc. Mais comment compter des individus profondément modifiés par le miasme paludéen, mais exempts de fièvre ? A-t-on jamais compté les individus modifiés par le mercure, par le fer, par le quinquina, au degré auquel les exige le médecin pour ne plus produire de manifestations syphilitiques, chlorotiques ou fébriles ?

Je bornerai là mes observations sur Rochefort. Il me reste à dire quelques mots sur une autre ville, dont les formes pathologiques ont souvent défrayé la polémique relative à l'antagonisme ; je veux parler de Strasbourg. D'après la *Topographie médicale* de cette ville, par Graffenhauer, il y a été constaté de 1806 à 1815, 20,101 décès, parmi lesquels

1,349 sont attribuées à la phthisie pulmonaire, et
17 seulement à des fièvres réputées de nature marécageuse ;

encore n'est-il nullement établi que ces fièvres avaient été con-

tractées en ville, c'est-à-dire hors des foyers marécageux extérieurs qui entourent Strasbourg.

Si, des causes de la mortalité, nous passons à l'examen de la marche pathogénique des saisons, les faits ne se montrent pas plus favorables à l'hypothèse des adversaires de l'antagonisme. Voici, en effet, comment sont répartis 58,048 décès constatés à Strasbourg, dans la période de trente ans, de 1805 à 1835 :

Mars.	5,809
Avril.	5,493
Janvier.	5,247
Février.	4,994
Mai.	4,990
Août.	4,652
Décembre	4,642
Septembre.	4,374
Novembre.	4,290
Octobre.	4,229
Juin.	4,209
Juillet.	4,127
TOTAL.	58,048 décès.

Or, est-il possible de prêter un caractère paludéen d'une certaine importance, à une ville où la mortalité se trouve ainsi répartie ? J'ai habité Strasbourg à deux reprises différentes, et je visitais alors avec assiduité les hôpitaux militaires et civils ; eh bien, j'affirme n'avoir jamais rencontré, chez les habitants de la ville proprement dite, la moindre trace de cette diathèse particulière, qui caractérise la population des localités vraiment marécageuses ; je dis *la ville proprement dite*, parce que certains faubourgs, tels que la Citadelle, la Robertsau, etc., offrent des conditions pathologiques fort différentes.

Est-ce à dire que Strasbourg ait toujours été exempte, au même degré, de maladies à cachet paludéen ? Je ne le pense pas, et, au besoin, je trouverais, dans la dénomination même de plusieurs de ses quartiers, la preuve de ma manière de voir. Ainsi, le quartier situé près de la porte des Pêcheurs, s'appelait autrefois *Beym-Tich* (1), ce qui, en *allemand de Strasbourg*, signifie près de l'étang. Entre l'Ill et les murailles de la ville, se trouvait un vaste marais, comme l'indiquent encore aujourd'hui les noms de *Gruner*, *Alter*, *Neuer*, *Durrer Bruch* (marais vert, vieux, neuf, sec, etc.). Il est permis enfin de dériver le nom du quartier de la Krütenau du mot *Krœtenau* qui signifie île des crapauds. Le chroniqueur Kleinlauel (2) cite vingt inondations de la ville dans

(1) Au lieu de *bey dem Teich.*

(1) *Strassburger chronik durch einen Liebhaber der teutschen Poëterey.* 1625.

la seule période de 1524 à 1589, et l'on peut se faire une idée des ravages que devaient exercer autrefois les maladies de marais ; mais aussi, parmi toutes les épidémies de Strasbourg dont l'histoire nous a conservé le souvenir, on cherche vainement une seule épidémie de typhus, depuis l'an 591 jusqu'au commencement du XVIIe siècle ; le premier typhus épidemique de Strasbourg correspond, si je ne me trompe, à l'année 1622. A dater de cette époque, à laquelle commencent de grands travaux de dessèchement, le cachet paludéen des maladies endémiques s'efface de plus en plus ; les épidémies de typhus se multiplient, malgré l'agrandissement de la ville, et malgré *le décroissement de l'agglomération de la population*. De temps à autre, une grande inondation du Rhin vient rétablir l'ancien état des choses ; alors les fièvres paludéennes reprennent le dessus, et les maladies ordinaires décroissent dans une proportion correspondante.

C'est ainsi que la grande inondation des bords du Rhin, en 1824, fut suivie, à Strasbourg, dans les années 1825, 1826 et 1827, d'une augmentation de vingt pour cent dans la proportion ordinaire des malades atteints des fièvres intermittentes. Voici quel avait été, à l'hôpital militaire, le chiffre des admissions dans les quatre années qui précédèrent l'inondation :

En 1821,	sur 2,181	admissions,	887 fièvres int.,	ou 41 sur 100
1822,	2,260		948	42
1823,	2,300		990	43
1824,	2,349		1,517	47
		Total.	4,342	

Ainsi, de 1821 à 1824 exclusivement, la moyenne annuelle des admissions, pour fièvres intermittentes, avait été de 43,25 sur 100. Ce ne fut qu'en 1825 que les effets de l'inondation commencèrent à se dessiner, c'est-à-dire, après le retrait des eaux dont l'influence fébrifère se prolongea pendant quatre années, comme l'indiquent les chiffres suivants :

En 1825,	sur 2,592 admiss.,	1,938 fièvres int.,	ou 75 sur 100
1826,	2,681	2,030	75
1827,	3,486	2,571	74
1828,	3,655	2,469	78
	Total.	9,008	

Il résulte de là que la proportion des admissions pour fièvre intermittente, qui, pendant l'inondation, avait été de 43,25 sur 100, s'éleva, pendant les quatre années suivantes, à une moyenne de 73 pour 100. Mais voici ce qui donne un intérêt spécial aux faits qui précèdent. On a pu voir que le chiffre des admissions pour fièvres intermittentes, qui, de 1821 à 1824, était de 4,342,

s'éleva, dans les quatre années suivantes, à 9,008. Or, à cette occasion, M. le professeur Tourdes, père, ancien médecin de l'hôpital militaire de Strasbourg, à qui nous sommes redevable de ces curieux et importants documents, fait la réflexion suivante (1) :

« Il n'en fut pas de même des maladies continues, qui, de « 1821 à 1824, se montrèrent au nombre de 5,648, mais dont « le chiffre, de 1825 à 1828, tomba à 3,406; la proportion des « maladies continues, qui, en 1821, avait été de 59 sur 100 « malades, s'abaissa :

En 1825, à 25 sur 100
1826, 25
1827, 26
1828, 32

Si nous résumons les faits précédents, relatifs aux malades de Strasbourg, nous voyons que les documents fournis par Graffenhauer et par M. Bœrsch, loin d'attester une influence paludéenne prononcée dans cette ville, en démontrent au contraire la faible intensité; qu'y a-t-il, dès-lors, d'étonnant dans les ravages exercés par la phthisie et la fièvre typhoïde ? Ces mêmes documents établissent encore que la marche pathogénique des saisons n'est, en aucune manière, celle qui est caractéristique des localités marécageuses proprement dites; enfin, ils démontrent que, lorsque, accidentellement et par suite des inondations du Rhin, les fièvres des marais ont acquis à Strasbourg ou aux environs une certaine intensité, les fièvres continues ont diminué dans une proportion correspondante(1).

Je bornerai là pour le moment ma réponse aux objections adressées à l'antagonisme. Que les faits nombreux réunis par moi (2), sur la rareté relative de la phthisie pulmonaire et de la fièvre typhoïde dans les localités marécageuses, soient dénués de toute valeur médicale; que l'immunité de la race nègre contre les fièvres de marais, coïncidant avec sa prédisposition connue pour la phthisie; que la coïncidence de l'accroissement des phthisiques avec le dessèchement des marais, constatée en France par MM. Santy, Candy et Skilizzi, en Suisse par M. Schœn-

(1) *Journal de la Société des sciences, agriculture et arts du Bas-Rhin.*

(1) Pour prévenir de nouveaux malentendus, qui pourraient résulter de l'élévation du chiffre des militaires traités à Strasbourg de fièvre intermittente, je dois rappeler qu'une partie de la garnison est casernée à la citadelle, quartier éminemment marécageux, mais situé hors de la ville ; ajoutons que les fièvres paludéennes, dans l'armée surtout, n'ont souvent rien de commun avec la localité dans laquelle elles se manifestent.

(2) Voy. *Annales d'hygiène publique*, 1845, tome XXXIII, p. 58 et suivante ou *Études de géologie médicale, notamment sur la question de l'antagonisme.*

lein, en Amérique par M. Green, à Londres par Heberden, sir Cilbert Blanc et par Woolcombe ; que cette masse imposante de faits observés sur la plus large échelle et pour ainsi dire sur tous les points du globe soit privée de toute signification scientifique, c'est ce qu'il est permis d'avancer ; mais, à coup sûr, c'est ce que n'ont point démontré jusqu'ici les objections présentées contre la thèse de l'antagonisme.

---

16. *Revue médicale.*

(Gazette médicale de Paris, N° 40 ; 1846.)

1° *Des névralgies ; leur confusion possible avec diverses maladies. — caractères diagnostiques différentiels de la névralgie et de la névrite.*

Obs. I. — Une femme entre à l'Hôtel-Dieu, prise depuis quelques jours d'une douleur vive, aiguë, lancinante, s'irradiant des lombes vers la région ischiatique et s'étendant le long de la cuisse jusqu'au genou et même par instants jusqu'au pied, en suivant le trajet du nerf poplité externe. La douleur augmentait à la fois par la pression et par les mouvements du membre. Il n'y avait point de fièvre ; toutes les fonctions organiques s'exécutaient régulièrement. Des vésicatoires volants furent appliqués dans la croyance que l'on avait affaire à une névralgie sciatique, mais ils n'amenèrent aucun soulagement. Le diagnostic, qui d'abord n'avait pas semblé douteux, le devint d'autant plus alors qu'on y apporta plus d'attention. M. Rostan se demanda si, au lieu d'une sciatique, il ne s'agissait pas plutôt d'une maladie commençante de l'articulation coxo-fémorale. Dans cet état d'incertitude, il chercha à s'éclairer des lumières d'un chirurgien qui, après un examen minutieux, pensa comme lui qu'il y avait obscurité dans le diagnostic, et qu'il était à peu près impossible de se prononcer.

Obs. II. — Il s'agissait d'une jeune fille qui souffrait, depuis un an, de douleurs qui, comme chez la malade précédente, s'irradiaient de la région ischiatique, le long du trajet du nerf poplité externe, jusqu'au pied ; elle avait été traitée par les révulsifs, avant son entrée à l'hôpital, sans en éprouver de soulagement notable. La douleur paraissait être située profondément ; elle avait dès le début présenté la forme continue ; elle augmentait par la pression et par la chaleur du lit. Un examen attentif de la maladie avait fait découvrir à la partie externe du membre pelvien, siége de la douleur, l'existence d'une grande quantité de taches brunes, d'une coloration un peu cuivrée, ne s'effaçant pas par la pression du doigt. Cette dernière circonstance, en pré-

sence d'une maladie aussi rebelle, fit naître des doutes dans l'esprit de M. Rostan. Il se demanda s'il n'y aurait pas eu chez cette malade une affection spécifique antécédente qui pût rendre compte de ces phénomènes, si la douleur profonde qu'elle éprouvait ne siégerait pas sur le trajet des os, si ce ne serait pas, en un mot, une douleur ostéocope, pathognomonique d'une maladie syphilitique ancienne. Cette femme, interrogée sur ce point, déclara avoir eu un écoulement blanc seulement ; mais on ne put savoir si elle avait eu des chancres ou tout autre symptôme consécutif. Cet écoulement était-il d'origine syphilitique ? On conçoit qu'il était impossible de rien affirmer à cet égard. Ici donc encore on dut rester et on resta dans le doute.

2° *De la myélite spinale aiguë.*

Plusieurs cas de myélite aiguë, reçus dans le service de M. Rostan pendant le cours de sa clinique, ont fourni l'occasion à ce professeur d'esquisser la physionomie symptomatique de cette affection encore si obscure, et d'en formuler les principales indications thérapeutiques ; nous indiquerons seulement ici les traits les plus saillants, ceux sur lesquels M. Rostan insiste plus spécialement, et qu'il croit suffisants pour établir le diagnostic. Ces symptômes peuvent se résumer ainsi : d'une part, intégrité parfaite des sens et des fonctions intellectuelles ; d'autre part, troubles divers dans la sensibilité et la motilité des membres et particulièrement des membres inférieurs. Mais ces désordres de la motilité et de la sensibilité sont très-variables, suivant les degrés et les périodes diverses de la maladie ; et c'est pour n'avoir pas suffisamment tenu compte, la plupart du temps, de tous les degrés et nuances de ces symptômes, qu'on a souvent méconnu cette affection à son début, c'est-à-dire à l'époque où un traitement énergique peut en prévenir les funestes conséquences. Ces premiers symptômes, par lesquels s'annonce la myélite, sont tantôt des crampes plus ou moins fréquentes, des contractures musculaires plus ou moins persistantes, d'autres fois des douleurs dans les membres qu'accusent seulement les malades sans que la contractilité paraisse altérée ; chez d'autres il survient des tremblements musculaires, de véritables mouvements convulsifs ; enfin, chez quelqnes-uns, la paralysie du sentiment et du mouvement se montrent d'emblée dès le début. Quels qu'aient été les symptômes initiaux, c'est toujours par l'abolition plus ou moins complète de la sensibilité et de la motilité que se termine la scène.

Tels sont les phénomènes principaux par lesquels se révèle

l'existence de la myélite et l'ordre ordinaire de leur succession ; mais il est un autre caractère auquel M. Rostan attache une valeur particulière : c'est l'abolition de la faculté érectile ou copulatrice chez l'homme. Quant aux fonctions de la vessie et du rectum, dont l'abolition est considérée comme un symptôme nécessaire par la plupart des médecins, elles sont en effet ordinairement altérées plus ou moins profondément, et dans ce cas, il y a ou rétention ou incontinence d'urine ; mais ces phénomènes peuvent manquer sans que leur absence exclue l'idée de l'affection en question : ils manquent notamment lorsque la maladie siége à la portion caudale de la moelle. C'est ce qui a eu lieu chez quelques-uns des malades récemment traités à l'Hôtel-Dieu. M. Rostan n'attache qu'une très-faible importance, comme signe diagnostique, à la douleur que les malades éprouvent, dit-on, sur l'un des points du trajet de l'épine, lorsqu'on l'explore par la compression. Cette douleur manque souvent, et elle a également manqué, comme on le verra, dans les cas que nous allons rapporter.

La méthode antiphlogistique fait la base du traitement que M. Rostan oppose à cette maladie ; il a recours aux déplétions sanguines générales et locales. Mais comme les évacuations sanguines ne sont ni toujours praticables au degré qui serait nécessaire pour surmonter la maladie, ou que la constitution des sujets s'y oppose, ni toujours suffisantes, M. Rostan a recours subsidiairement aux vésicatoires, aux sétons, aux moxas, aux purgatifs ; enfin ce n'est qu'en dernier lieu et après que l'insuffisance de ces derniers moyens lui a été démontrée, qu'il a recours à la strychnine, à l'électricité et aux divers excitants du système nerveux.

Nous rapporterons sommairement deux des cas observés dans le service de M. Rostan, le premier comme un exemple de myélite aiguë en voie de guérison chez un sujet qui a succombé à une méningo-encéphalite intercurrente ; le second comme exemple de guérison confirmée.

Myélite aiguë ; traitement antiphlogistique énergique ; amélioration ; invasion brusque de meningo-encéphalite ; mort.

Obs. I.—Un jeune homme fortement constitué, après avoir été exposé à l'humidité, éprouve une grande faiblesse dans les membres inférieurs. Cette faiblesse allant en augmentant, il entre à l'Hôtel-Dieu où l'on constate l'état suivant : Fièvre, pouls à 96, peau chaude et sèche. L'intelligence est parfaitement saine ; pas de céphalalgie. Les membres thoraciques offrent un léger degré d'affai-

blissement. Les membres pelviens ont tout à fait perdu leur sensibilité ; la motilité y est complétement abolie. La vessie et le rectum fonctionnent normalement. La pression exercée avec les doigts sur la ligne des apophyses épineuses n'accuse aucune douleur dans cette région.

M. Rostan diagnostique une myélite aiguë et prescrit une médication antiphlogistique énergique : saignées du bras et ventouses scarifiées sur la région dorso-lombaire, répétées pendant plusieurs jours. Le troisième jour de ce traitement, le malade éprouvait une amélioration si grande qu'on le considérait déjà comme en état de convalescence ; la sensibilité et la motilité étaient si bien rétablies qu'il pouvait marcher et se promener sans appui, lorsque, après s'être de nouveau exposé au froid, il fut saisi d'une otite avec écoulement puriforme par l'oreille, de gonflement parotidien, et d'érythème au cou et à la poitrine, puis successivement des symptômes d'une méningo-encéphalite des plus intenses à laquelle il succomba au bout de deux jours.

A l'autopsie, on trouve la moelle épinière légèrement ramollie vers sa partie inférieure, dans l'étendue de 3 à 4 cent., et saine dans tout le reste de son étendue. Dans l'encéphale, on trouve tous les caractères anatomiques de la méningo-encéphalite commençante : injection vive de la pie-mère et de l'arachnoïde adhérant par quelques points à la pulpe cérébrale ; saillie et gonflement des circonvolutions; injection piquetée de la pulpe cérébrale, etc.

Myélite aiguë ; traitement antiphlogistique ; guérison rapide.

Obs. II.—Un homme âgé d'une cinquantaine d'années, robuste, habituellement bien portant, est pris, à la suite d'un bain froid, d'une courbature générale, sentiment de lassitude et de faiblesse dans les reins et dans les membres. Cette faiblesse augmentant, il se déclare bientôt des fourmillements dans les pieds, puis une abolition presque complète dans le sentiment et dans le mouvement des membres pelviens ; les membres thoraciques eux-mêmes sont un peu affaiblis. Intégrité parfaite de l'intelligence et des sens ; point de céphalalgie ; mouvement fébrile. Le rectum et la vessie fonctionnent normalement. Point de douleur à la pression sur la colonne vertébrale. M. Rostan prescrit quatre saignées du bras en deux jours et une application de ventouses scarifiées le long de l'épine. Il s'est manifesté une amélioration presque instantanée dès les premières saignées. Au bout de huit à dix jours, la guérison était complète.

3° *Carie des premières vertèbres cervicales; compression circulaire de la moelle, avec conservation de la sensibilité ; mort.*

La physiologie pathologique du système nerveux est encore pleine d'obscurités et de contradictions. Alors que la physiologie expérimentale croit avoir formulé une loi d'après laquelle les pathologistes pourront se guider pour établir le diagnostic des lésions des centres nerveux qui s'offrent à leur observation, les faits pathologiques viennent à chaque instant démentir la prétendue certitude de ces diagnostics, et remettre en question quelques-uns des termes de la formule physiologique qu'on avait édifiée à grands frais d'expériences et de raisonnement. Témoin le fait suivant, dont nous empruntons les points les plus saillants à un article de la *Gazette des hôpitaux*.

Obs.—Un homme, âgé de 50 ans, avait été pris, deux mois avant son entrée à l'hôpital, de douleurs vives à la partie postérieure du cou, avec difficulté extrême des mouvements. Quelque temps après s'était formé, sur les parties latérales droites du cou, un abcès dont l'ouverture avait donné issue à une certaine quantité de sang et de pus. Bientôt le malade ressentit dans le bras droit des crampes et de violentes douleurs, qui ne tardèrent pas à être remplacées par la paralysie complète de ce membre.

A son entrée à l'hôpital, cet homme présentait une paralysie complète du mouvement du bras droit et des deux membres inférieurs. Le bras gauche est plus faible qu'à l'état normal. La sensibilité générale est intacte, les sens ont conservé leur intégrité. Les selles et les urines sont rendues involontairement. La succession de ces phénomènes, l'état qu'offrait encore la région cervicale, siége d'une tuméfaction douloureuse, ne permettaient pas de douter que l'on eût affaire à une carie des vertèbres cervicales et à une compression consécutive de la moelle.

Le malade ayant succombé au bout de quelques jours, voici ce que l'on trouva à l'autopsie : d'abord, transformation graisseuse des muscles profonds du cou, destruction presque complète des muscles obliques de la tête, dont les débris restants étaient imprégnés d'une sanie fétide; carie des apophyses articulaires des deuxième, troisième et quatrième vertèbres. Mais ce qu'il importe de constater ici, c'est l'état de la moelle. Or on trouva dans le point correspondant aux vertèbres malades, en dehors des méninges, une substance molle qui lui servait de nouvelle enveloppe et qui la comprimait d'une manière notable. (On ne put déterminer d'une manière précise si cette substance était de la lymphe plastique ou de la matière tuberculeuse). Les méninges

présentaient, dans toute cette étendue, une résistance et une épaisseur plus considérables qu'à l'ordinaire. Incisée dans toute sa longueur, la moelle épinière offrait dans toute son étendue la même ténacité ; seulement, au niveau du point malade, elle était complétement étranglée dans toute sa circonférence.

Il est difficile de s'expliquer, dans ce fait, l'intégrité de la sensibilité, d'après les théories admises sur le rôle respectif des doubles faisceaux antérieurs et postérieurs de la moelle.

4° *Arthrite blennorrhagique.*

Obs.—Un homme de 29 ans contracta une blennorrhagie à la suite d'un coït suspect. Au bout de dix à douze jours de durée, sans qu'il eût été employé d'autres moyens que de simples palliatifs, l'écoulement se supprima brusquement. Cette suppression brusque fut suivie presque immédiatement de l'invasion d'une douleur vive à l'épaule gauche avec un peu de tuméfaction ; il y avait un mois environ que cette douleur de l'épaule existait lorsque le malade est entré à l'hôpital. Tout mouvement de l'épaule était presque impossible ; la blennorrhagie n'avait point reparu, il n'y avait pas la moindre trace de l'écoulement. M. Rayer diagnostiquant une arthrite blennorrhahique prescrivit l'application de quatre cautères à la potasse sur l'épaule, des fumigations de cinabre sur cette région, et à l'intérieur l'usage des pilules de Sédillot et de la tisane de salsepareille.

Après six semaines environ de traitement, les douleurs de l'épaule s'étaient entièrement dissipées, les mouvements étaient rétablis, et il ne restait plus de trace de l'une ni de l'autre maladie.

Plusieurs autres cas d'arthrites dites blennorrhagiques ont été traités à peu près à la même époque dans le service de M. Rayer. L'un de ces malades avait un gonflement douloureux du genou, avec un peu d'épanchement intra-articulaire qui s'était déclaré subitement après quinze jours de durée d'un écoulement urétral, et qui bientôt fut suivi d'un état semblable dans l'autre genou, puis dans les deux articulations scapulo-humérales. Dans un autre cas, il s'agit d'une femme affectée d'arthrite blennorrhagique du coude, avec rétraction de l'avant-bras survenue durant le cours d'une vaginite. Chez une autre femme qui avait eu également plusieurs vaginites, les articulations phalangiennes des doigts avaient été prises de gonflement douloureux, puis les poignets, les coudes, les épaules, les hanches, les genoux, avaient été successivement affectés, mais passagèrement et à un degré beaucoup plus léger. Aucun de ces malades, d'ailleurs, n'avait eu la fièvre.

Il n'y a eu d'hydarthrose que chez un seul. Tous ont été soumis, à quelques modifications près et avec succès, au même traitement : fumigations de cinabre, tisane de salsepareille, pilules de Sédillot.

Pendant que l'on observait ces faits dans le service de M. Rayer, la question de l'arthrite blennorrhagique se trouvait également soulevée à la clinique de M. Rostan par le fait suivant.

Une malade était entrée à l'hôpital offrant un gonflement de l'articulation tibio-tarsienne gauche, accompagnée de douleurs, de chaleur et de rougeur sans réaction fébrile sensible. Cette femme était d'une constitution faible, lymphatique. On prescrivit des sangsues, des cataplasmes, des bains et des frictions mercurielles sur l'articulation. Quelques jours après, on constata de la fluctuation dans l'articulation malade ; on apprit alors seulement qu'elle avait eu un écoulement vaginal.

Cet écoulement était-il l'origine réelle de la maladie articulaire ? avait-on affaire à une arthrite blennorrhagique, ou bien était-ce un rhumatisme ou encore une affection d'origine scrofuleuse? M. Rostan n'a pas cru devoir se prononcer ; il est resté dans le doute pour ce cas, tout en admettant très-bien comme possible l'existence d'une arthrite blennorrhagique, même dans les cas où l'écoulement persiste en même temps que la maladie articulaire. Le diagnostic était moins douteux dans le cas suivant.

Une jeune femme de 18 ans avait eu deux mois auparavant un écoulement jaune verdâtre assez abondant par le vagin : elle n'avait précédemment, ni écoulement coloré, ni flueurs blanches. Quinze jours après l'apparition de l'écoulement, elle éprouva, sans cause extérieure déterminante appréciable, une douleur dans l'épaule gauche sans rougeur ni gonflement. Cette douleur disparut bientôt ; la malade ressentit le lendemain une douleur semblable dans le genou du même côté. Il survint encore de la gêne dans les mouvements de l'articulation et du gonflement. Il était remarquable qu'au fur et à mesure que le genou se tuméfiait, l'écoulement blennorrhagique diminuait, de telle sorte que lorsque la tuméfaction et la douleur eurent acquis leur summum d'intensité, l'écoulement avait complétement cessé. Le gonflement articulaire était produit autant par un épanchement synovial que par une tuméfaction générale de tous les tissus environnant l'articulation. Cette malade était du reste, comme les autres, entièrement exempte de fièvre.

S'il restait encore quelques doutes sur le caractère spécial de ces affections articulaires qui se manifestent dans le cours des

blennorrhagies, et qui coïncident d'une manière si remarquable avec la suppression brusque, plus ou moins complète, de l'écoulement urétral, les observations qui précèdent sembleraient de nature à les lever complétement. L'absence seule de toute réaction fébrile générale dans une maladie qui, lorsqu'elle est due à un principe rhumatismal, s'accompagne ordinairement d'un mouvement fébrile si prononcé, suffirait presque déjà, si l'on n'avait pour s'éclairer la circonstance des accidents primitifs coïncidents, pour servir de caractère distinctif et pour mettre sur la voie de l'origine et de la nature de l'affection à laquelle on a affaire. Les heureux et prompts résultats du traitement mis en usage dans cette circonstance, seraient au besoin une nouvelle confirmation de la nature spéciale de cette affection.

5° *De la néphrotomie et de son indication dans les cas de néphrite calculeuse.*

Un malade étant donné, atteint d'une néphrite calculeuse à laquelle aucun des remèdes usités en pareil cas n'a apporté nul soulagement, serait-on fondé à proposer la néphrotomie comme moyen de guérison radicale? Cette opération peut-elle être considérée comme une opération rationnellement indiquée? Offrirait-elle des chances suffisantes de succès pour engager à l'entreprendre, et dans quelles circonstances conviendrait-il de la pratiquer? Telle est la question qui s'agite en ce moment à l'hôpital de la Charité. Une femme, placée dans les salles de M. Rayer, se trouve dans le cas dont il s'agit. Affectée depuis longtemps d'une néphrite calculeuse, elle n'a obtenu jusqu'à présent aucun amendement notable à ses douleurs, aucune amélioration sensible dans son état. Dans cette occurrence, M. Rayer se demande si ce ne serait pas le cas de tenter une opération qui délivrât cette malade de la cause de ses souffrances. Il penche vers cette opinion; mais ne voulant pas prendre sur lui seul la responsabilité d'un pareil parti, il a voulu s'éclairer de l'avis des chirurgiens de la Charité en ce qui concerne la possibilité de l'opération et ses chances de succès. L'avis de M. Velpeau est contraire à l'opération, celui de M. Gerdy lui est favorable. Aucune détermination n'a été prise encore; l'hésitation se conçoit. Examinons les motifs allégués de part et d'autre, et voyons si nous trouverons dans ces motifs quelque raison d'incliner plutôt d'un côté que de l'autre.

Lorsque la maladie (néphrite calculeuse) est parvenue à ce quatrième état que M. Rayer désigne sous le nom de pyélite calculeuse, c'est-à-dire que le pus et l'urine, accumulés dans le bassinet et les calices, forment une tumeur dans la région lom-

baire; lorsque cette tumeur existe chez un individu d'ailleurs bien constitué ; si elle est habituellement douloureuse, malgré l'emploi de boissons huileuses et émulsionnées, des bains et des émissions sanguines ; si la fièvre est continue ou caractérisée par des paroxysmes nocturnes ; si l'estomac et l'intestin sont dans un état habituel de malaise et de dérangement ; si la tumeur, habituellement douloureuse, le devient davantage par la plus légère fatigue ; si cette exacerbation de la douleur rénale est fréquente, et si elle est accompagnée d'une suppression complète de l'excrétion de l'urine purulente ou de symptômes d'inflammation des parties voisines, l'opération de la néphrotomie, dit M. Rayer, malgré ses difficultés et malgré ses mauvaises chances, doit être pratiquée. A plus forte raison M. Rayer conseille-t-il de recourir à l'incision, si une fluctuation superficielle s'est manifestée dans une étendue plus ou moins considérable de la région lombaire, s'il est évident qu'une accumulation de pus s'est faite entre le rein et le muscle carré des lombes. Une large incision doit être pratiquée sans hésiter, dans ce cas, à ces abcès, suites d'une inflammation secondaire du tissu cellulaire ambiant, ou, ce qui est plus ordinaire, d'une ou plusieurs perforations du rein distendu par du pus. La profondeur de ces abcès, dit M. Rayer, la lenteur avec laquelle les parties molles sont amincies et perforées dans les cas où de semblables collections purulentes se sont fait jour d'elles-mêmes à l'extérieur, rendent dangereuse l'expectation que quelques praticiens recommandent dans l'espérance d'une ouverture spontanée de ces collections purulentes.

En donnant le conseil d'ouvrir les tumeurs formées par des collections purulentes dans la cavité du bassinet et des calices, ou par des abcès secondaires extrarénaux, M. Rayer y a été surtout déterminé par cette double considération que de semblables abcès abandonnés à eux-mêmes sont presque constamment mortels s'ils ne s'ouvrent point spontanément au dehors, et que l'opération faite dans des conditions convenables ne paraît pas offrir de dangers immédiats. Les seules circonstances qui, aux yeux de M. Rayer, constituent une contre-indication à l'opération sont les suivantes : 1° lorsque les deux reins sont affectés ; 2° lorsque le pus s'écoule librement du bassinet dans l'uretère et qu'il n'existe pas de tumeur rénale, ni de craintes immédiates de perforation du rein ; 3° enfin lorsqu'il existe coïncidemment des lésions incurables de la vessie ou de la prostate ou de tout autre viscère abdominal.

M. Velpeau est beaucoup moins explicite à cet égard. Pour

lui, la néphrotomie ne pourrait être proposée que dans le petit nombre de cas où le flanc, devenu le siége d'une fluctuation évidente après de nombreux signes d'affections calculeuses dans le rein, permettrait d'arriver facilement et avec certitude dans le foyer morbide, ou bien pour les cas où le calcul proéminerait assez à l'extérieur pour être reconnu à travers les téguments.

Il existe dans la science un trop petit nombre de faits authentiques de néphrotomie, pratiquée pour les cas dont il s'agit, pour qu'on puisse considérer cette question comme résolue par l'expérience. Dans la plupart des observations consignées ou rappelées dans l'ouvrage de M. Rayer, telles que celles de Gaspard Bauhin, de Pouteau, de Lafitte, de Ledran, de Roonhuysen, il s'agit d'ouverture d'abcès extrarénaux consécutifs et non d'une véritable néphrotomie. Cependant le fait rapporté par Roonhuysen est assez précis pour ne pas permettre de douter qu'il se soit agi réellement d'une néphrotomie, laquelle fut pratiquée deux fois avec succès sur la même personne. Il en est de même du fait de Bauhin, bien que dans ce cas la position superficielle du calcul lui ôte en quelque sorte une partie de sa valeur par rapport à la question débattue, en le faisant rentrer naturellement dans le petit nombre des cas pour lesquels M. Velpeau admet l'opération. Quoi qu'il en soit, et quelque petit que soit le nombre des faits sur lesquels on peut s'appuyer, ils suffisent cependant à la rigueur pour admettre en principe la possibilité de l'opération.

Nous reviendrons sur cette question en rapportant l'histoire de cette malade, et nous examinerons à cette occasion si le principe admis lui est applicable.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DE 1845-1846.

17. *Considérations sur les différents groupes de maladies, et sur les cas principaux.* — Hôpital de la Charité. — M. VELPEAU.

(Suite : *voir* t. XI, novembre 1846, p. 205.)

(Gazette des Hôpitaux, N° 106, 111, 117 ; 1846.)

A propos des érysipèles, il est une particularité qui nous paraît encore mériter quelque attention. Depuis Franck, des médecins, et M. Chomel particulièrement, ont avancé que les érysipèles de la tête étaient précédés de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires. Les faits ne nous ont pas paru être envisagés sous leur véritable jour. Pour nous, ces irritations ne nous semblent pas précéder l'apparition de la maladie, mais au contraire nous croyons qu'elles en sont une conséquence. Si l'on

s'aperçoit de la présence de l'érysipèle à la face, seulement après qu'on a constaté l'existence de l'irritation ganglionnaire, c'est que le plus souvent alors l'érysipèle occupait le cuir chevelu avant de se montrer sur le visage ; et l'on sait que dans cette région, l'érysipèle peut facilement passer inaperçu ; nous avons constaté ce fait un assez grand nombre de fois.

Si l'on veut y mettre quelque attention, on se convaincra que les choses se passent comme nous l'avançons ici. Cette manière d'envisager l'engorgement ganglionnaire qui accompagne l'érysipèle rentre d'ailleurs tout à fait dans le mode de production de ces engorgements, en général, que nous avons exposé déjà, et que nous reproduirons quand il sera question des adénites.

Selon nous donc, l'idée de la préexistence des engorgements ganglionnaires à l'érysipèle est une erreur, qui tient à ce que les commencements de la maladie passent inaperçus ; en réalité le gonflement des ganglions suit la phlegmasie cutanée.

Sous le rapport du traitement, l'érysipèle présente ceci de remarquable, qu'il n'est arrêté par aucune espèce de moyen, de quelque nature qu'il soit ; nous avons essayé tous les topiques imaginables ; sans être parvenu jamais à l'empêcher d'avancer. La pommade mercurielle, l'axonge, la pommade au calomel, au sulfate de cuivre, les acides étendus, le nitrate d'argent, dont on avait beaucoup parlé et sur lequel un médecin américain avait écrit tout un volume ; le vésicatoire, les sinapismes, etc., tous ces moyens ont échoué. Une seule pommade nous a paru avoir une action sur l'érysipèle, c'est la pommade de sulfate de fer :

Sulfate de fer,	8 à 10 grammes ;
Axonge,	30 à 40 grammes.

Ou bien 10 grammes pour 100 grammes d'eau, dissolution dans laquelle on trempe des compresses qu'on applique sur la peau. Ce sel a évidemment une action sur l'érysipèle ; les téguments avec lesquels on le laisse en contact, pâlissent, se rident ; mais il n'a pas plus que les autres remèdes ci-dessus la propriété de limiter la maladie. Ce topique n'a donc pas en définitive une grande importance ; d'ailleurs, on voit chez quelques malades les symptômes généraux persister, augmenter même malgré la disparition de la rougeur, preuve certaine de la disposition générale qui fait naître l'érysipèle, et qui, en définitive, est seule dangereuse. Cependant dans l'érysipèle nous employons le sulfate de fer, qui rend quelques services ; mais on comprend que ce qu'il faudrait, ce serait un remède général qui nous manque.

Quoi qu'il en soit, on a dû être frappé d'un résultat qui a tout d'abord quelque chose de bizarre. Sur les cinq malades qui sont

entrés à l'hôpital pour des érysipèles, pas un seul n'a succombé, et sur les quinze qui ont été pris de la même maladie, étant déjà dans les salles, huit sont morts, ce qui paraît énorme. Ce chiffre élevé des terminaisons malheureuses, qui surprend à propos d'une maladie semblable, est très facile à expliquer.

Les malades, au nombre de cinq, qui sont venus pour des érysipèles, n'avaient rien autre chose; c'était toute leur maladie; or, bien qu'elle puisse parfois se terminer d'une manière fâcheuse, la guérison est cependant de beaucoup plus ordinaire; mais sur les quinze malades qui ont été pris d'érysipèle à l'hôpital, pas un n'était atteint de cette phlegmasie seule; les uns avaient subi des opérations; une avait une péritonite; un autre une pneumonie; d'autres des suppurations. Ce qui faisait succomber ces malades, ce n'était pas plus l'érysipèle que les autres maladies qu'ils présentaient.

Ainsi, il faut établir ce précepte qu'en chirurgie et en médecine, comme complication, l'érysipèle est toujours une maladie très sérieuse et qui fait périr un grand nombre de malades, si ce n'est par elle-même, au moins à cause des circonstances déjà graves souvent, au milieu desquelles elle se développe.

Brûlures. Contusions. Plaies. Maladies du système lymphatique.

Sous un certain point de vue, il nous semble qu'il y a quelque avantage à rapprocher les brûlures des contusions, car ces deux lésions ont véritablement entre elles de grandes analogies.

Toutes deux se rencontrent partout dans toutes les régions du corps; toutes deux peuvent être des plus légères comme des plus graves; l'une et l'autre admettent des divisions en degrés, division devenue classique et que nous ne rappellerons pas pour la brûlure.

Si l'on étudie la contusion, l'on voit que chacun de ces degrés admis pour la brûlure se retrouve exactement. Dans le premier degré, la contusion se borne a une simple érosion des tissus; dans le second, il y a enlèvement de l'épiderme; le troisième est caractérisé par la formation d'une eschare, qui comprend une portion de l'épaisseur de la peau; dans le quatrième, la peau est mortifiée dans toute son épaisseur; dans le cinquième, les aponévroses sont envahies; dans le sixième, le membre tout entier est frappé de mort.

Ceci n'est pas, comme on pourrait le penser, une simple spéculation de l'esprit et une affaire de curiosité; il y a dans ce rapprochement un enseignement utile qui rejaillit sur le pronostic et le traitement de ces lésions.

Le premier degré guérit vite avec toute espèce de traitement. La brûlure au deuxième degré guérit en quelques jours, *quelle que soit l'étendue de surface ;* voilà une des questions les plus importantes à connaître.

Au contraire, les brûlures au troisième et au quatrième degrés ne *peuvent jamais guérir vite*, quel que soit le moyen qu'on emploie, et les individus qui viennent proposer des remèdes contre la brûlure et la contusion à ces degrés proposent tout simplement une absurdité. En effet, quand une portion de la peau ou la peau tout entière est mortifiée, il faut de toute nécessité que l'eschare, qui devient un corps étranger, se détache, soit éliminée, et qu'il se fasse un travail réparateur destiné à combler la perte de substance ; or, que peuvent faire à cela les prétendus remèdes ?

Dans le quatrième degré de la brûlure, la guérison est plus difficile encore et la lésion susceptible de s'accompagner d'accidents plus graves. Arrivée à ce point, la couche sous-cutanée est à nu quand l'eschare tombe ; cette couche peut s'enflammer et devenir la source de suppurations diffuses dont le pronostic est des plus sérieux.

Il résulte, de ce que nous venons d'exposer, cette conséquence importante à plus d'un titre qu'entre deux brûlures, dont l'une s'étendrait en surface en ne comprenant qu'une portion de la peau et dont l'autre serait très limitée, mais comprenant toute l'épaisseur des téguments, la seconde aurait plus de difficultés et demanderait plus de temps pour guérir. A étendue égale, et même avec une étendue plus considérable, la première serait aussi moins dangereuse que la seconde. On remarque d'ailleurs que toutes les fois que la peau est percée complétement, la cicatrice, ne trouvant pas de point d'appui ; a plus de difficultés à se faire. Quand une certaine épaisseur du derme reste encore, au contraire, la cicatrice se complète beaucoup plus rapidement ; c'est ce qui explique aussi pourquoi le temps nécessaire à la guérison est loin d'être le même dans ces deux degrés de la brûlure.

Les brûlures du cinquième et du sixième degré nécessitent des amputations, et, en cela même, elles sont aussi comparables aux contusions qui exigent le même traitement.

La thérapeutique des premiers et deuxième degrés consiste dans l'emploi de liniments huileux ; huile et eau de chaux pour le visage et le tronc, et l'usage des bandelettes pour les membres ; les et troisième quatrième degrés réclament les émollients d'abord, puis les détersifs après la chute des eschares.

Les contusions ont été reçues au nombre de cinquante-deux, parmi lesquelles il s'en est trouvé d'insignifiantes, de graves et d'intermédiaires entre ces deux extrêmes.

C'est principalement au point de vue de l'infiltration et de l'épanchement de sang qui les accompagnent, que nous allons examiner les contusions. Quand, à la suite d'une violence, du sang se trouve épanché dans les tissus, il peut y être sous deux formes distinctes : ou bien il s'y trouve à l'état d'infiltration, ou bien en collection. Le sang infiltré à la suite de contusions, à moins qu'il ne provienne de la déchirure de quelque grosse artère, n'est jamais un accident fort grave. Il ne tarde pas à être résorbé. Cette infiltration du sang se fait suivant certaines lois très curieuses à étudier ; le liquide ne suit pas, comme on pourrait le croire, le sens déclive du corps ; sa marche est modifiée par les différentes couches organiques qu'il rencontre, de façon que le liquide semble résister aux lois de la pesanteur, auxquelles il est soumis cependant ; mais la disposition irrégulière des divers plans aponévrotiques le fait paraître remonter contre son propre poids, alors qu'en réalité il ne fait qu'obéir aux directions que lui imposent les résistances qu'il rencontre. Ainsi, par exemple, l'on se tromperait si *à priori* on pensait que du sang épanché à la partie supérieure de la cuisse doit nécessairement descendre et s'infiltrer par en bas dans le membre ; on se tromperait encore si l'on supposait qu'une infiltration au périnée doit envahir la partie interne de la cuisse et continuer sa route dans ce sens. On a vu des épanchements de sang ayant ce dernier siége remonter jusque vers la poitrine, d'autres commençant au bas de la cuisse marcher vers la racine du membre.

Ce phénomène singulier tient à la disposition anatomique des parties ; ainsi, au pli de l'aine, le fascia sous-cutané contracte des adhérences, de manière à former une sorte de feutrage qui s'oppose à la marche du liquide par en bas et le contraint à s'élever ; des dispositions analogues, qui se rencontrent dans les autres régions, permettent de prévoir à l'avance le sens vers lequel ces infiltrations trouveront plus de facilités à se faire.

Lorsque le sang, au lieu d'être à l'état d'infiltration, se trouve colligé, la résorption en a lieu aussi quelquefois ; mais le plus souvent la collection persiste.

Il faut alors se souvenir, pour prévoir ce qui peut arriver, de toutes les transformations que pourra subir le sang ainsi renfermé, soit dans les tissus, soit dans quelque cavité close. D'abord, il est possible qu'il devienne la cause d'une inflammation, et qu'il se forme un abcès sanguin. D'autres fois il arrive,

ou bien que, la portion séreuse du liquide disparaissant, la partie fibrineuse reste seule, et il en résulte une tumeur solide, de celles qu'on a appelées fibrineuses ; ou bien, c'est la partie coagulable du sang au contraire qui se trouve résorbée, et un liquide rougeâtre persiste. On voit encore quelquefois la portion fibrineuse et la matière colorante être reprises de manière à ne laisser qu'un liquide complétement séreux. Enfin, dans quelques cas, au bout d'un certain temps, on trouve, à la place de l'épanchement sanguin, des espèces de grumeaux qu'on a comparés à des grains de riz cuit qui nagent dans un liquide rougeâtre. Pour nous, ces productions ne sont pas, comme on l'a cru, des hydatides ; c'est tout simplement le résultat d'un épanchement de sang dont la partie colorante a disparu, et dont les portions solides ont été divisées par suite des mouvements nombreux qui s'exercent dans les régions où on les rencontre. On remarquera, en effet, qu'on observe toujours ces sortes de productions aux environs des articulations très mobiles (coude, poignet) ; ce qui confirme notre manière d'envisager la formation de ces produits. Enfin, il faut probablement aussi ranger dans les transformations possibles du sang renfermé dans les cavités, la naissance de ces corps étrangers qu'on rencontre libres dans les articulations.

On le voit, les conséquences entraînées par les contusions portées à un certain degré sont aussi nombreuses que variées. La contusion étant une lésion très fréquente, il n'est pas étonnant qu'on observe si souvent la foule des productions qu'elle peut engendrer. Ce serait une question des plus vastes et des plus intéressantes que celle-là ; mais ce n'est pas le moment, ni le lieu de l'épuiser. Qu'il nous suffise d'en avoir fait connaître les particularités les plus curieuses, et qui ont trait d'une façon plus spéciale à la pratique de la chirurgie.

Nous ajouterons cependant encore, qu'il est possible que le sang épanché donne lieu à la production de tumeurs de diverses natures et peut-être, mais nous n'avançons cette opinion qu'avec réserve, et peut-être à des tumeurs de mauvaise nature quelquefois.

La thérapeutique des contusious, tant que l'épanchement sanguin est réduit à l'état d'infiltration, est des plus simples ; elle se réduit à l'emploi de résolutifs, de quelques sangsues parfois et du temps : la maladie ne présente, en général, aucun danger. Nous avons fait une remarque qui est nouvelle, à ce que nous croyons ; c'est que les individus qui ont reçu quelque vaste contusion présentent assez souvent une coloration jaune-uniforme par tout le corps. C'est un phénomène qui ne nous semble pas

facile à expliquer; mais ce qu'il y a de certain, c'est que nous l'avons observé chez plusieurs sujets.

Quant aux collections sanguines, nous avons démontré dernièrement (*Gazette des Hôpitaux :* Collections sanguines ; guérison par écrasement) que l'écrasement de la tumeur, quand ce moyen était possible, c'est-à-dire quand la tumeur siége sur un point solide, était ce qu'il y avait de meilleur à employer ; nous nous sommes attaché à faire comprendre qu'on transformait ainsi une collection en infiltration, et que tout en guérissant le malade plus promptement, on le mettait à l'abri des conséquences aussi variées que fâcheuses, entraînées par le séjour des collections de sang soit dans les tissus, soit dans les cavités.

Les plaies, lésions très fréquentes aussi, n'ont rien présenté de particulier. Il y en a eu un grand nombre d'exemples. Quatre seulement étaient compliquées de lésions d'artères; l'un des malades a eu des hémorrhagies répétées ; la ligature a été pratiquée deux fois. Tous les malades sont guéris, sauf un seul qui a succombé.

Les maladies du système lymphatique ont été au nombre de 40. Les angioleucites sont tout à fait comparables à l'érysipèle. Il y en a deux espèces : de primitives, et pour lesquelles les malades demandent à entrer à l'hôpital ; c'est-à-dire que dans ces cas l'angioleucite est leur seule maladie ; puis d'autres qui surviennent comme complication.

Quand on connaît convenablement l'étiologie de l'angioleucite, on ne s'étonne pas de voir survenir cette affection dans les salles de chirurgie ; quand on sait qu'il n'est nullement nécessaire que le malade ait une grande plaie pour que cette maladie se développe, et qu'elle peut trouver son origine dans une blessure des plus légères, une petite excoriation, une de ces petites productions qu'on observe aux doigts sous le nom d'envies, on est étonné alors de ne pas rencontrer l'angioleucite encore plus fréquemment.

Le pronostic que nous avons porté de l'érysipèle s'applique de tous points, et avec les mêmes modifications, les mêmes restrictions, à l'angioleucite. La maladie est-elle primitive, constitue-t-elle la seule affection que présente le sujet? elle n'est pas grave; nous n'avons pas perdu un seul malade sur sept qui se trouvaient dans ces conditions. L'angioleucite arrive-t-elle, au contraire, comme complication? elle est redoutable ; nous avons eu deux morts sur quatre malades.

Comme l'érysipèle encore, l'angioleucite est annoncée par des prodromes qui consistent en frissons, sécheresse de la langue,

inappétence ; mais dans l'érysipèle, ces symptômes précurseurs sont plus francs; la langue reste humide, quoique limoneuse : le pouls est petit, inégal, la langue sèche et croûteuse, roussâtre quelquefois dans l'angioleucite. Les prodromes de ces maladies ressemblent, à s'y méprendre, à ceux des autres éruptions, à la variole, à la rougeole. Il faut dire que quelquefois l'érysipèle et l'angioleucite se mêlent, se confondent, mais le caractère pathognomonique de l'érysipèle permet toujours de le retrouver. Il consiste, comme on le sait, dans cette forme particulière de la rougeur qui fait que la plaque se termine brusquement d'une manière élevée, rouge, plus rouge, plus enflammée sur ses bords qu'à son centre.

Dans l'angioleucite, c'est le contraire : l'un, l'érysipèle, est pour ainsi dire excentrique ; l'autre, l'angioleucite, serait plutôt concentrique : c'est une distinction à ne point oublier.

Les inflammations des ganglions lymphatiques ont été reçues au nombre de 18, et chez 17 malades l'adénite s'est terminée par suppuration. Ce résultat n'est pas conforme à ce qu'on observe généralement, aussi allons-nous en donner l'explication.

D'abord, on a compté, comme adénites, seulement celles qui étaient déjà très-avancées ; puis, il faut savoir que les malades ne se décident guère à entrer à l'hôpital que quand le mal date déjà de plusieurs jours, et la plupart du temps, lorsque tout espoir d'amener la résolution est complétement perdu. Dans la ville, au contraire, ces sortes d'inflammations arrivent souvent à la résolution, parce que les moyens convenables sont employés dès le commencement de la phlegmasie. Ici, à l'hôpital, il faut qu'il y ait beaucoup d'inflammation, de la douleur, pour que les malades viennent demander à être admis. Du reste, la difficulté d'empêcher la suppuration tient à des conditions qu'il faut connaître. Tant que l'inflammation occupe le ganglion lui-même, en général les malades restent chez eux ; mais quand l'atmosphère celluleuse qui l'environne est prise à son tour, ils viennent demander à entrer à l'hôpital ; mais alors la suppuration est inévitable.

Du reste, on peut, avec avantage, en pratique, comparer ces inflammations celles des mamelles, et établir, comme nous l'avons fait pour ces dernières, trois catégories différentes par leur pronostic ; à savoir, selon que l'inflammation a son siége dans le tissu cellulaire qui se trouve au-dessus des ganglions, ou dans celui qui se trouve au-dessous, ou dans le ganglion lui-même. Le pronostic est aussi plus grave quand la maladie est plus profonde.

Les engorgements ganglionnaires, dont l'étiologie est la même

que celle des angioleucites, ont été opérés au nombre de cinq ; une malade a succombé ; c'était une grande, forte femme, qui portait de ces ganglions dans l'aisselle, et qui fut prise d'une gangrène de la mamelle (nous en avons rapporté l'observation dans nos comptes rendus) ; les autres ont guéri.

Nous disions que les engorgements ganglionnaires, les adénites aiguës, les angioleucites reconnaissent la même étiologie. On n'insiste jamais assez sur ce point qui, selon nous, domine toute la classe des maladies lymphatiques, classe nombreuse qui renferme cette multitude d'affections connues sous les noms de scrophules et d'engorgements. On ne doit pas oublier que les inflammations aiguës ou chroniques de ce système trouvent leur source dans ces mille irritations légères, dont quelques-unes peuvent passer inaperçues : piqûres, excoriations, vésicatoires, cautères, etc., etc. Du reste, cette origine est la même et tout aussi facile à comprendre pour les maladies purement médicales. Partout il y a des vaisseaux lymphatiques, partout, extérieurement comme dans la profondeur des parties, il survient des irritations dont les produits peuvent se rendre dans les ganglions.

Cette explication si simple se généralisera quelque jour, et l'on n'aura plus besoin alors d'avoir recours à l'idée d'un virus imaginaire pour expliquer la nature de ces maladies. Leur thérapeutique sera éclairée par cette idée, et ne pourra y trouver que des avantages.

Maladies des organes génito-urinaire chez l'homme. Hydrocèles, orchites, rétrécissements de l'urètre. Fistules, etc.

Les hydrocèles ont été au nombre de vingt cette année. Nous avons reçu vingt-quatre cas d'orchite, neuf cas de rétrécissement, quatre fistules urinaires, deux calculs, deux cystites, et quatre cas de maladies diverses des organes génitaux.

Les hydrocèles doivent être séparées en deux catégories, celles qui se sont comportées comme à l'ordinaire, et les hydrocèles anormales, parmi lesquelles nous ne rangeons pas l'hydrocèle du cordon. Nous comprenons dans ces dernières celles qui apparaissent très-rapidement avec du sang, et celles qui compliquent les maladies du testicule. Nous avons eu deux faits remarquables.

Un enfant avait été opéré d'une hydrocèle congéniale, et la guérison s'était maintenue pendant un an, puis la maladie avait reparu ; nous l'avons opéré par l'injection iodée, il est guéri : reste à savoir si cette fois la cure est radicale.

L'autre malade, dont on a beaucoup parlé au commencement de cette année, était opéré depuis deux mois quand il fut pris de

symptômes graves qui le firent passer dans une salle de médecine ; il y succomba. Nous eûmes ainsi l'occasion rare d'examiner comment les choses s'étaient passées. L'examen des parties nous a démontré qu'il arrivait là ce qui survient après les inflammations des membranes séreuses, ce qu'on observe, par exemple, dans la pleurésie.

Chez un malade encore, il y a eu de la suppuration : nous en avons parlé dernièrement. Nous n'insisterons pas davantage sur toutes les questions qui se rattachent à l'hydrocèle ; c'est un sujet que nous avons traité longuement bien des fois, et sur lequel nous n'avons rien à ajouter qui ne soit connu et jugé aujourd'hui. Souvent aussi nous avons expliqué notre prédilection pour l'injection iodée, à cause de son emploi facile, de son innocuité plus grande que celle des autres injections irritantes, et des succès au moins aussi nombreux qu'elle procure pour la cure radicale des hydrocèles et de certaines espèces de kystes.

Parmi les vingt-quatre exemples d'orchite qui ont été reçus cette année dans le service de M. Velpeau, dix-huit au moins reconnaissaient comme point de départ une maladie de l'urètre ; la cause des sixautres n'était pas aussi facile à reconnaître, et est restée obscure.

Les orchites aiguës forment deux catégories très-distinctes, qu'il importe de ne pas confondre au point de vue du pronostic principalement ; les unes trouvent leur source dans une lésion de l'urètre; les autres reconnaissent pour origine une violence extérieure. Ces deux classes sont généralement admises ; mais il en est une troisième intermédiaire, pour ainsi dire, aux deux autres, et que tous les praticiens ne reconnaissent pas. Cette variété ne survient ni après un coup, ni après une maladie de l'urètre ; mais il se peut, selon nous, qu'elle apparaisse après un effort violent, ainsi que le disent les malades.

En général, quand un homme se présente au chirurgien avec une orchite, on est toujours tenté de croire à l'existence d'une blennorrhagie, et l'on n'ajoute pas foi aux prétendus efforts. Cependant, parfois on ne trouve aucune trace d'écoulement urétral ; il n'y a point eu de violence directe exercée sur le testicule ; l'épididyme est gros, bosselé, sensible, irrégulier ; la tuméfaction s'étend aux parties voisines, et le malade n'accuse qu'un effort.

Nous avons cherché à nous rendre compte de ces circonstances; et il y a quelques années déjà, en examinant l'anneau interne et les tissus concourant à sa formation, nous avons reconnu, ainsi que Thompson l'avance, que les muscles droits laissent échapper des fibres aponévrotiques qui vont s'attacher à la face interne de

la crête iliaque. Ces fibres forment la moitié inférieure de l'orifice, de façon qu'elles passent pas dessous le cordon testiculaire ; ou, si on l'aime mieux, pour rendre notre pensée plus clairement, il suit de cette disposition que le cordon est à cheval sur ces fibres. Or, si l'on suppose un effort, les muscles venant à se contracter, les fibres tendront à se redresser ; et si l'effort est continu ou considérable, le cordon sera nécessairement comprimé. De cette compression pourra résulter l'orchite : l'esprit ne répugne nullement à admettre cette conséquence. Il y a plus ; n'est-il pas possible, par exemple, qu'une irritation de l'urètre soit la cause prédisposante, et l'effort, par le mécanisme indiqué tout à l'heure, la cause occasionnelle de l'orchite, dans certains cas au moins ?

Ainsi, tout individu ayant actuellement une blennorrhagie, est par cela même plus disposé que tout autre à contracter une orchite. Cependant, en l'absence même de la chaudepisse, l'orchite pourra survenir sous l'influence d'un effort.

L'on sait qu'autrefois on attachait à l'apparition du gonflement de l'épididyme et du testicule, l'idée d'une métastase ; on pensait, et quelques personnes le pensent encore, que l'inflammation se portait du canal de l'urètre sur le testicule, et cela brusquement, sans continuité de tissu. Il suffit, pour combattre cette manière de voir, d'examiner le moment vers lequel l'orchite apparaît le plus ordinairement. Si c'était par métastase que l'inflammation s'emparât du testicule, ce serait tout naturellement dans l'instant où la phlegmasie urétrale est la plus violente, que cette métastase aurait lieu. Tout le monde sait parfaitement, au contraire, qu'on voit surtout l'orchite survenir quand la blennorrhagie tend à s'éteindre, quand le malade est près de guérir. Dans le commencement de la maladie, l'inflammation du testicule est plus rare.

Entre les deux classes d'orchites dont nous venons de parler, il existe encore d'autres différences. Les orchites survenues sous l'influence de causes extérieures, de violences, peuvent se terminer de diverses manières ; mais on a observé qu'elles ont beaucoup de tendance à amener de la suppuration, tandis que les orchites blennorrhagiques affectent très-rarement ce mode de terminaison.

Toutes choses égales d'ailleurs, l'orchite traumatique est donc généralement plus grave que l'orchite urétrale ; car on comprend qu'en amenant la suppuration, ce genre de phlegmasie amène aussi la destruction du testicule. L'orchite blennorrhagique, au contraire, ne laisse après elle qu'un peu d'induration de l'épididyme, et les fonctions de l'organe ne sont pas entravées. L'or-

chite par violence peut laisser, elle, des indurations avec quelques grumeaux de matières qui peuvent, plus tard, donner naissance à des tumeurs de différente nature.

En général, les inflammations du testicule survenues à la suite d'un effort, guérissent en très-peu de temps, ou mettent beaucoup plus de temps à se résoudre que toutes les autres.

Quant aux orchites urétrales, il ne faudrait pas croire en trouver la cause unique dans l'existence d'une blennorrhagie. Elles peuvent être la conséquence de lésions diverses du canal, d'un calcul, d'une maladie de la prostate, d'un tubercule. Les orchites qui reconnaissent cette dernière cause tendent à tuberculiser le testicule.

L'orchite ordinaire n'est généralement pas grave. Elle dure habituellement de quinze à vingt jours.

Les différentes méthodes de traitement mises en usage sont : les antiphlogistiques, la compression et les piqûres faites avec la lancette. On peut employer le premier de ces moyens, une saignée, des sangsues sur le trajet du cordon mieux que sur le testicule.

La compression a été reprise par M. Frike ; c'est une méthode difficile, et qui par fois expose à des dangers ; le testicule s'étrangle dans l'anneau supérieur formé par les bandelettes, et des accidents graves pourraient en être la suite. Les piqûres de lancette, que nous mettons en usage, sont un des moyens les plus inoffensifs et un de ceux qui soulagent le plus promptement les malades. S'il y a du liquide, il est évacué, et cela sans qu'on doive rien redouter de la petite opération, qui très-certainement est de beaucoup moins difficile et moins dangereuse qu'une saignée. Que peut-on avoir à craindre ? Il n'y a dans cette région aucun vaisseau capable de fournir une hémorrhagie inquiétante. Serait-ce d'atteindre le testicule ? La chose est peu probable ; arrivât elle, qu'il n'en résulterait pas encore de grands inconvénients, ainsi qu'on le pensait autrefois.

Par l'emploi de ces méthodes, la durée moyenne du séjour des malades à l'hôpital a été de sept jours et demi.

Les rétrécissements de l'urètre paraîtraient peu nombreux si l'on jugeait de leur fréquence générale par les exemples que nous recevons à l'hôpital chaque année ; mais il est deux raisons qui expliquent comment ce nombre est si peu considérable, malgré la grande quantité de ces lésions. D'abord, nous ne voulons pas les recevoir tous, parce que ce sont des maladies qui, ici, n'offrent pas pour nous un très-grand intérêt ; puis, dans les classes pauvres, les rétrécissements de l'urètre n'amènent généralement les

malades à l'hôpital qu'après être parvenus à un degré extrême, et quand il y a impossibilité complète d'uriner.

On pourrait même ajouter un troisième motif aux deux précédents, qui expliquerait encore le nombre de ces maladies à l'hôpital peu en rapport avee leur fréquence ; c'est que le canal de l'urètre est envahi par un grand nombre de spéciaux qui s'emparent des malades le plus possible, et, tout étroit qu'il est, il paraît que c'est un très-bon chemin pour arriver à la fortune.

Toujours est-il que le traitement des coarctations de l'urètre est une source d'erreurs, sur lesquelles il est bon d'appeler l'attention. Parmi ces personnes qui se livrent exclusivement à la curation de ces maladies, il en est de probes qui commettent ces erreurs involontairement ; mais il en est malheureusement aussi d'autres pour lesquelles elles ne sont point involontaires, et qui s'en servent pour tirer des malades ce qu'elles en désirent.

Il suit de là que certaines méthodes paraissent avoir des succès, qu'en réalité elles n'ont point. Le malade quitte son médecin, et se croit guéri : il urine librement ; puis, au bout de quelques mois la maladie reparaît et ainsi de suite. C'est qu'en effet dilater l'urètre dans les rétrécissements est tout ce qu'il y a de plus aisé ; mais le maintenir dilaté est tout ce qu'il y a de plus difficile, pour ne pas dire impossible.

Ainsi, il est bon d'examiner la valeur réelle des deux méthodes, la cautérisation et la scarification, et d'en apprécier les résultats en les comparant à ceux de la dilatation. On se fera ainsi une idée nette de la nature de ces trois moyens.

D'abord, nous disons que la cautérisation ne réussit pas seule, elle ne compte de succès qu'aidée par la dilatation. On comprend, en effet, que si elle agit sur le collet rétréci par une déperdition de substance, elle serait plutôt dangereuse qu'utile ; car la rétraction qu'amènerait la cicatrice rendrait le rétrécissement plus étroit. Aussi, pour nous, en croyant cautériser, détruire les tissus, nous croyons qu'on les a tout simplement modifiés. Par exemple, quand on porte le nitrate d'argent dans le canal de l'urètre, il ne se fait très-certainement qu'une érosion superficielle. Qu'on examine ce qui se passe à la peau par suite d'une cautérisation analogue : il ne survient pas d'eschare après un semblable attouchement ; il y a lieu de croire à un effet pareil dans le canal de l'urètre.

On obtient donc, par la cautérisation ainsi employée, une simple modification légère des tissus, comme on le voit dans quelques maladies de la peau, dans certains cas de lichen, d'eczéma ; or, si l'on n'employait pas concurremment la dilatation, quelle prise

aurait cette cautérisation sur le rétrécissement? Voilà pourquoi nous n'employons que la dilatation. Si l'on cautérise réellement le canal de l'urètre, on fait une mauvaise opération, parce qu'il y a perte de substance, et coarctation plus considérable par suite; si l'on se borne à modifier légèrement les tissus, on ne fait rien, et la dilatation agit seule. Pourquoi ne pas l'employer seule?

Et d'ailleurs, on n'a pas assez pensé peut-être qu'avec des bougies dans l'urètre on produisait une compression qui, elle aussi, agit sur l'inflammation des tissus.

Parmi les autres moyens employés contre les rétrécissements, il faut ranger encore la dilatation brusque et les scarifications.

La dilatation brusque est presque abandonnée déjà; on le comprend, il ne s'agit de rien moins que de faire passer une très-grosse sonde par un très-petit rétrécissement. C'est là une idée fort singulière; cependant, comme au fond des propositions les plus paradoxales il y a quelque chose de vrai, quand ces propositions émanent après tout d'un homme de talent comme l'est M. Mayor, il est probable que l'auteur de ce moyen aura rencontré quelques faits particuliers auxquels cette méthode a pu être applicable, et qu'il se sera trop hâté de la généraliser. Ainsi, dans les cas où il existe des valvules, il est possible que la dilatation brusque fasse obtenir quelques succès.

On a encore imaginé de dilater l'urètre avec un instrument qui, pénétrant sous un petit volume, soit susceptible d'en acquérir en place un plus considérable, de manière à amener la rupture du collet. Nous avouons ne pas être sans craintes à propos de ces déchirures. Quelques chirurgiens assurent s'en trouver bien. Nous n'ignorons pas qu'on a avancé qu'une plaie par déchirure à l'intérieur était moins dangereuse, exposait moins à des conséquences fâcheuses qu'une incision pratiquée dans le même lieu; on en avait fait même un précepte autrefois pour certaines opérations : la taille, par exemple. Il nous faudrait un grand nombre de faits pour nous convaincre de la réalité de cette assertion; car il nous a toujours semblé, quant à nous, qu'une incision régulière valait mieux qu'une déchirure; et comme, quelle que soit la méthode employée, on trouvera toujours des faits favorables, nous en voudrions de nombreux exemples avant de changer d'opinion.

Les scarifications ou les incisions ont été tour à tour et trop vantées et trop dépréciées. Nous ne pensons pas que ce moyen l'emporte sur la dilatation dans les rétrécissements ordinaires; mais quand la cicatrice est dure, nodulaire, dans les coarctations ligneuses, c'est une méthode qui trouve son emploi.

Il est vrai de dire que sur trente rétrécissements on en rencontre à peine trois ou quatre offrant ces conditions. Pour pratiquer ces incisions, ce ne sont pas les instruments qui manquent ; MM. Civiale, Ricord, Le Roy-d'Etiolles, Reybard, etc., en ont imaginé pour cette opération.

Au reste, bien que nous n'ayons pas de cette méthode la haute opinion qu'en professent quelques-uns de nos confrères, ces incisions paraissent avoir démontré néanmoins que cela n'est pas aussi dangereux qu'on aurait pu le supposer. Les malades viennent se faire opérer , et s'en retournent chez eux ; l'écoulement de sang est léger : ils peuvent vaquer à leurs affaires après ces scarifications.

M. Reybard, lui, veut que ces incisions soient très-larges ; nous avouons qu'ainsi elles nous paraissent dangereuses. Quelques chirurgiens ont eu assez de confiance dans ce procédé pour y laisser soumettre leurs malades, et un ou deux ont succombé. Bien nous en avait pris de résister à l'emploi de ce moyen. M. Reybard semblait ne pas comprendre pourquoi nous refusions de soumettre nos malades à cette méthode. Voici, en réalité, ce qui se passe. Pour les chirurgiens qui n'ont pas eu l'occasion de voir un grand nombre de faits, la réussite d'un moyen sur trois, quatre, cinq, six malades paraît devoir entraîner un succès constant. On en vient très-facilement à se persuader que le remède qu'on a imaginé, et qui a réussi plusieurs fois, n'échouera jamais, ou ne sera jamais suivi d'accidents, parce qu'on n'en a pas observé encore : puis arrive une série malheureuse, et le moyen qui avait réussi cinq, six fois, échoue un nombre de fois égal. Ce n'est, nous le répétons, qu'en voyant une très-grande quantité de faits, qu'on peut apprécier la valeur véritable et les inconvénients réels d'un moyen chirurgical quel qu'il soit.

Les partisans de la scarification généralisent la méthode, et croient en retirer plus d'avantages ; cependant ils y associent la dilatation.

Pour nous, s'il fallait résumer notre opinion sur la véritable utilité de chacun des moyens dont nous venons de parler, nous dirions :

Dans les rétrécissements ordinaires par phlegmasie, diffus, représentant un double cône, la dilatation seule ou associée à la cautérisation si l'on veut, mais à la cautérisation avec le nitrate d'argent et non avec un autre caustique. Nous rejetons la potasse, la pâte de Vienne, etc.

Dans les rétrécissements très-résistants, durs, ligneux, le débridement, les scarifications.

Dans les rétrécissements par brides minces, valvulaires, en diaphragme, la dilatation brusque de M. Mayor.

Telle est, à notre point de vue, la véritable manière dont on doit envisager la thérapeutique des coarctations urétrales ; nous mettons de côté l'emploi des bougies médicamenteuses, qui n'ont aucune action sur ces maladies.

Les fistules de l'urètre n'ont présenté aucun intérêt. Nous avons eu un certain nombre de maladies de la prostate : deux malades ont succombé par suite de vastes abcès de ces régions.

Maladies des organes génito-urinaires chez la femme.

Ces maladies ont été distribuées de la sorte : quatre cas d'abcès, quatre fistules, neuf exemples de granulations du col, cinq déviations, quatre polypes, trois cancers incurables, trois métrorrhagies et deux kystes.

Les abcès de la vulve ont tous présenté les mêmes caractères. Tous avaient leur siége au bas des grandes lèvres. Chez toutes les malades, l'abcès était formé en moins de huit jours, et ne dépassait pas le volume d'un œuf ; ils donnaient issue à un pus bien lié, inodore, quand l'abcès était ouvert de bonne heure ; après huit jours, la suppuration devenait noirâtre et fétide. Ce dernier caractère a de l'intérêt. Cette odeur qu'on observe dans quelques collections purulentes tient évidemment au voisinage d'une membrane muqueuse ; et il faut remarquer que ces abcès, ainsi développés dans les environs de ces membranes, sont d'autant plus odorants que leur marche a été plus aiguë, et aussi qu'on les a ouverts ou qu'ils se sont ouverts plus tard. De plus, cette odeur varie suivant la cavité qu'ils avoisinent : autour de l'urètre, on reconnaît l'urine corrompue ; autour de la poitrine, c'est une odeur de tissus putréfiés ; aux environs de l'abdomen, une odeur aigre de matières digérées imparfaitement ; autour de l'anus, le pus sent les matières stercorales. Ces remarques peuvent avoir de l'utilité pour le pronostic.

Boyer croyait que le pus dont l'odeur était stercorale indiquait infailliblement une fistule complète, cela n'est pas toujours vrai. Le pus odorant venant d'un membre passait pour un signe de maladie des os.

Les abcès de la vulve reconnaissent généralement pour cause des excès dans les fonctions des organes génitaux. On ne les observe guère que chez les jeunes femmes. Une question reste néanmoins douteuse en ce qui regarde cette maladie : c'est de savoir si, comme le croit M. Huguier, l'inflammation occupe la glande

même; nous ne pensons pas, quant à nous, qu'il en soit toujours ainsi.

Plusieurs raisons autorisent ce doute; si la phlegmasie occupait exclusivement la glande, on n'observerait pas à l'ouverture de l'abcès les caractères du pus tels qu'on les rencontre. Ordinairement, ce pus est crémeux, épais, bien lié; or, l'on sait que les suppurations qui viennent des glandes ne sont pas franches, qu'elles se composent de parties séreuses, muqueuses. De plus, les glandes sont des organes qui s'enflamment assez rarement : la glande sous-maxillaire, la parotide, sauf les oreillons, et à la suite de la fièvre typhoïde, ne sont pas fréquemment le siége d'inflammation; le foie lui-même, le rein ne s'enflamment pas très-communément. Ainsi, pour nous l'inflammation de la glande de Bartholin est une question non tout à fait décidée, mais qui est encore à l'étude.

La thérapeutique des abcès vulvaires se borne à les ouvrir sitôt qu'il y a du pus : il faudrait même peut-être les ouvrir plus tôt; mais, en général, on doit les inciser de bonne heure pour éviter le décollement des tissus et la formation d'un vaste clapier. Une considération qui n'est pas sans importance, c'est de pratiquer l'ouverture du côté de la peau plutôt que du côté de la membrane muqueuse, comme on y serait conduit si l'on n'examinait que l'amincissement des tissus pour se décider à faire l'incision. La raison de ce choix, pour l'évacuation du pus, se trouve dans la difficulté de la cicatrisation des ouvertures faites sur la face interne de la grande lèvre. Cette face, en rapport avec celle du côté opposé, et formée, comme on sait, par la muqueuse, se trouve baignée sans cesse par des fluides qui s'opposeraient à la guérison complète. Il y a encore un autre avantage à ouvrir le foyer par la face externe; les deux grandes lèvres, en se rapprochant, exercent l'une sur l'autre une pression douce, dont l'effet doit tendre incessamment à la sortie du pus et au recollement des parois de l'abcès. Aussi, pour ces deux raisons, on n'incisera pas du côté de la membrane muqueuse.

Les fistules vulvo-rectales ont été soumises à deux tentatives d'une opération nouvelle; mais ces essais sont trop incomplets encore, pour qu'il soit permis de rien préjuger pour ou contre leur valeur. Notre pensée était celle-ci : nous voulions créer une fistule recto-périnéale au moyen d'un séton, dans le dessein d'arriver à oblitérer la portion vaginale de la fistule, puis à fermer ensuite celle que nous avions établie; mais nous répétons que nos tentatives sont trop incomplètes pour pouvoir rien en conclure.

Les granulations du col de l'utérus sont une maladie si fréquente que nous nous en occuperons avec détail, d'autant plus que, pour beaucoup de médecins, il y a confusion entre certaines maladies de la matrice, entre les granulations, les ulcères, les cancers. Nous établirons d'abord qu'on ne rencontre presque pas d'autres lésions que les granulations du col, parmi ce qu'on appelle généralement des ulcères. Ceci mérite toute l'attention : les praticiens, qui s'occupent d'une manière suivie de ces affections, voient en effet, le plus souvent, des granulations; mais, comme les femmes aujourd'hui s'effraient facilement à propos de ces maladies, si le médecin n'en a pas pas fait une étude approfondie, il peut prendre ces granulations pour quelque maladie grave, ou bien réciproquement, quelques affections ulcéreuses, cancéreuses graves pour de simples granulations.

Les maladies du col de la matrice doivent être rangées en deux catégories tranchées, celles qui compromettent la vie des femmes : les ulcères véritables, les cancers; doit-on y ranger les ulcères vénérien? ils sont rares; mais il faut y faire entrer les ulcérations serpigineuses, ulcères rongeants, variétés du cancer.

Cette dernière espèce d'ulcère survient sans être précédée de gonflement, de tuméfaction, de douleurs; l'ulcération se montre peu après, mais en même temps que le gonflement. Il en existe deux variétés : l'une occupe le col, le détruit; l'autre pénètre dans l'intérieur de l'utérus, le ronge, le transforme en une sorte de coque mince et fournit un pus sanguinolent et fétide. C'est une maladie qui tue inévitablement, à moins que, bornée au col de la matrice, on ne la détruise par le fer ou le feu.

Le cancer promprement dit, c'est le champignon encéphaloïde ou plus rarement le squirrhe; mais il y a moins de ces sortes de maladies que des autres : les granulations. Ce sont principalement ces dernières qui doivent appeler l'attention des praticiens, sans oublier cependant quelques remarques très-importantes sur le cancer et qui sont généralement peu connues. Nous avons conservé assez d'exemples de ces maladies dans les salles pour démontrer que, contrairement à l'opinion générale, les cancers de l'utérus sont ordinairement peu douloureux. Cette idée, répandue dans le monde et parmi les médecins mêmes, que le cancer de la matrice est une maladie extrêmement douloureuse, a des inconvénients très-graves. La plupart des malades que nous avons reçues, et auxquelles nous demandions pourquoi elles n'avaient pas consulté plus tôt, nous ont répondu qu'elles ne souffraient pas.

Dans les auteurs, le tableau des souffrances des malades atteintes

de cancer à la matrice, est tellement hideux que les médecins ne se préoccupent pas d'une maladie de l'utérus tant qu'elle n'est pas accompagnée de douleurs vives. D'ailleurs dans la pratique, quand une femme accuse quelques symptômes du côté de la matrice sans douleurs, on ne lui propose pas immédiatement de l'examiner, parce que cette exploration lui serait désagréable, et, comme la douleur n'est pas l'accompagnement obligé du cancer, il se peut qu'on laisse marcher une affection grave, tant que la malade n'accusera pas de souffrances vives.

Quelques femmes, cependant, souffrent beaucoup du cancer de la matrice, et ce sont celles-là qui ont fourni le tableau dont nous parlions ; il en est un assez grand nombre aussi qui souffrent à la fin de la maladie ; nous croyons que c'est principalement quand la dégénérescence s'empare du tissu cellulaire des ligaments larges et des plexus qui se trouvent dans ces régions.

De toutes les maladies des organes génitaux de la femme, avons-nous dit, celles qu'on rencontre le plus fréquemment sont les granulations du col utérin ; nous ajouterons que, parmi les ulcérations de cet organe, nous n'avons pas rencontré ces variétés sans nombre, herpétiques, scorbutiques, scrophuleuses, etc., qui ont été signalées par quelques auteurs, MM. Duchesne-Duparcque et Boys de Loury en particulier.

Nous ne pouvons nous expliquer les divisions multipliées, décrites dans l'histoire des ulcérations du col qu'en supposant que les auteurs se sont laissé entraîner, malgré eux, par des idées théoriques dominantes dans la science, et auxquelles n'échappent pas toujours même les meilleurs esprits. Qu'on nous passe une comparaison. Quand la doctrine de Broussais régnait exclusivement, très-certainement la médication purgative n'avait pas, sur l'économie, d'action plus dangereuse qu'aujourd'hui ; cependant il n'est pas un de ceux, et nous étions dans ce cas, qui administraient les purgatifs dans les maladies qui paraissaient les réclamer, il n'est pas un de ceux-là, comme nous-même, qui ne tremblât de voir se produire les effets redoutables dont ils étaient accusés.

Quoi qu'il en soit, l'état granuleux du col est presque toujours indiqué par un écoulement blanc plus ou moins abondant, voilà un des caractères qu'il faut avoir présents à l'esprit. Cet écoulement blanc, lactescent ou jaunâtre, quelquefois teint de sang, peut sans doute être le symptôme d'autres maladies, mais le plus souvent il indiquera l'existence des granulations. S'adjoindront à ce signe des douleurs dans l'estomac ; les femmes se plain-

dront de maigrir ; elles accuseront de la souffrance dans les reins, dans les aines.

Quand on pratique le toucher chez une malade qui réunit ces symptômes divers, et en supposant, bien entendu, un doigt suffisamment exercé, on trouve le col un peu augmenté de volume, mais légèrement ; de plus, on constate qu'il présente des espèces de grains, il donne la sensation d'un corps grenu, d'une framboise ; mais il est plus ferme. Ce sont des caractères faciles à reconnaître dès qu'on a acquis quelque habileté. D'ailleurs, nous pensons que les granulations sont plus faciles à apprécier à l'aide du toucher qu'avec le spéculum. En se servant de cet instrument, on est certainement plus exposé à l'erreur, à moins qu'on n'en ait une grande habitude. Cela paraît singulier au premier abord : rien n'est plus vrai pourtant. La membrane muqueuse du vagin présente, quand on pousse l'instrument, deux bourrelets qu'on prend pour le col ; ou d'autres fois, on voit le col lui même seulement par une de ses faces qui peut être saine, tandis que l'autre seule est malade. Le doigt n'expose point à ces méprises, c'est le meilleur des moyens ; sans doute cela n'empêche pas de se servir du spéculum. Ces deux moyens, se contrôlant mutuellement, donnent un degré de certitude qu'on n'acquiert absolument d'une manière aussi complète, ni par l'un, ni par l'autre isolément, mais dont on approche plus avec le doigt qu'avec le spéculum seul.

On a comparé, avons-nous dit, la sensation fournie par les granulations et leur aspect à une framboise, à une fraise, la comparaison est assez exacte. Qu'on se figure une fraise étalée en membrane d'un rouge plus ou moins foncé, violacé quelquefois, telles se présentent les granulations. On les trouve soit disséminées, soit rassemblées par plaques. Le plus ordinairement elles occupent le museau de tanche ; c'est, sans contredit, le lieu dans lequel on les observe le plus fréquemment ; mais on en rencontre aussi jusque dans la cavité du col de la matrice.

C'est dans ce dernier cas principalement que l'emploi du spéculum peut être utile. Quand l'instrument est introduit et le col embrassé par son extrémité, en pressant un peu, on entr'ouvre l'orifice ; et si l'on voit sourdre des mucosités d'aspect purulent, nul doute qu'il n'existe des granulations dans l'intérieur de la cavité.

Ces granulations, qu'on les observe dans l'intérieur de la cavité du col ou sur le museau de tanche, n'intéressent que la muqueuse de l'utérus ; l'épithélium se trouve détruit, la couche papillaire est à nu, mais le tissu même de l'organe reste sain.

Rarement les granulations se compliquent d'engorgement marqué. Cette maladie, si fréquente, comme nous le disions la dernière fois, ne présente pas d'autres variétés; quelquefois, il est vrai, certaines granulations viennent à s'excorier, et il en résulte des ulcérations, mais cela mérite à peine d'être signalé, et ne change rien à la maladie.

Une question d'une beaucoup plus grande importance est celle-ci : Les granulations sont-elles dangereuses ?

Quelques praticiens se sont prononcés pour l'affirmative ; ils croient qu'elles peuvent être le point de départ du cancer de la matrice ; toutefois cela n'est pas démontré. Il y a tant de femmes qui portent de ces granulations et qui les gardent pendant longtemps sans avoir de cancer, qu'il est douteux que cette dernière maladie, si difficile à guérir, soit une conséquence de la première. Un chirurgien prétend que depuis que l'on guérit ces granulations, il ne voit presque plus de cancers de l'utérus; assurément cela prouve tout simplement que les malades affectées de cancer ne vont plus le trouver ; car pour nous, malheureusement, nous en voyons encore une trop grande quantité.

Cet état granuleux du col peut être guéri presque dans tous les cas. Nous n'hésitons pas à dire qu'on en obtient la guérison dix-neuf fois sur vingt, et presque toujours avec le même traitement. La cautérisation des portions granulées est le remède par excellence. Aucun particulier ne l'ignore, tous la pratiquent, mais non pas de la même manière, ni avec le même caustique. On peut guérir avec tous probablement, mais plus ou moins facilement et en plus ou moins de temps. On paraît trop oublier qu'outre la propriété caustique, chaque corps cautérisant possède une sorte de spécificité différente. Dans les granulations, le nitrate de mercure est le plus efficace comme il est le plus commode ; il ne nuit jamais. La manière de procéder est des plus simples : un petit pinceau modérément imbibé de ce liquide est porté sur les parties granulées, et on le fait pénétrer jusque dans le col et dans la cavité, s'il y a lieu de croire à l'existence de granulations dans l'intérieur. On répète ces cautérisations tous les huit jours pendant cinq à six semaines, il ne faut pas les continuer plus longtemps.

Nous avons besoin d'insister sur ce précepte de ne pas poursuivre les cautérisations au delà du temps que nous indiquons généralement, au moins pour éviter une erreur nuisible aux malades, et dans laquelle on tomberait presque à coup sûr si l'on ne s'y conformait pas. Quand la cautérisation a été bien faite, il reste après elle une ulcération ; si l'on s'obstinait à cautériser tant

qu'elle existe, on serait conduit à ne jamais cesser les cautérisations, puisque ces ulcérations reconnaissent pour cause la cautérisation même. Quelques bains et quelques fortifiants complètent ce traitement, dont le succès est à peu près assuré. On le voit, il y a fort loin de cette thérapeutique à l'ensemble de ces moyens qui martyrisent les femmes, tels qu'on les emploie dans un autre ordre d'idées.

L'histoire des granulations se rattache assez étroitement à celle des déviations de l'utérus ; on les rencontre simultanément dans un assez grand nombre de cas. Ainsi nous avons observé, cette année, cinq exemples de déviation ; il existait des granulations en même temps.

Il y a une vingtaine d'années déjà que nous appelons l'attention sur les déviations de la matrice. On les connaissait depuis longtemps sans doute, mais on n'en parlait guère en dehors de l'accouchement ; c'était dans leurs rapports seulement avec cette fonction que les déviations étaient étudiées. Or nous avons démontré aujourdhui qu'il n'est pas dans les organes génitaux de la femme de lésion plus commune. Beaucoup de praticiens ont acquis la certitude maintenant qu'il est peu d'affections qu'on rencontre aussi souvent que celles-là. Cette maladie, ou plutôt cette difformité, si on peut lui donner ce nom, existe chez beaucoup de femmes sans qu'elles s'en aperçoivent, et elles les portent fort longtemps sans le savoir. D'autres femmes qu'on soumet à des traitements divers pour certaines autres maladies, n'ont absolument que des déviations de la matrice.

Ces déviations présentent des variétés ; l'utérus se déjettera à droite, à gauche, en avant, etc. La pensée indique ces différentes déviations ; mais de plus, la matrice se pliera plus ou moins ; ce qui constitue les inflexions. Il faut différencier ces dernières déviations de celles qu'on appelle inversion, antéversion, rétroversion, latéroversion. Nous avons beaucoup insisté l'an dernier sur les distinctions que présentent ces divers états.

La matrice est plus souvent infléchie qu'inversée. Dans l'inflexion, on trouve le col presque dans sa place naturelle ; l'utérus, au contraire, est coudé, soit en avant, soit en arrière, ou de côté.

Une des raisons qui contribuent à laisser ignorer le nombre considérable de ces affections, c'est que pour un certain nombre de praticiens, qui ne les reconnaissent pas ou ne veulent pas les reconnaître, elles sont traitées sous le nom d'engorgements de matrice. Du reste, la médication de ces médecins est facile à

retenir ; elle est toujours la même, qu'il s'agisse d'une antéflexion, d'une antéversion, d'une rétroversion, d'un corps fibreux, d'un cancer, c'est toujours la même chose. Les pilules de ciguë, les petites saignées, le repos absolu sur une chaise longue, quelques bains, s'appliquent indifféremment par ces praticiens à toutes les maladies que nous venons de nommer, toujours sous le nom d'engorgements.

Ce n'est pas que nous les niions absolument, nous ne voulons pas dire qu'il n'en existe jamais ; nous disons seulement qu'ils sont très-rares, et qu'au moins quarante-cinq fois sur cinquante, les femmes qu'on traite pour ces prétendus engorgements n'ont autre chose que des déviations.

Et d'ailleurs aujourd'hui, dans l'état actuel de nos connaissances anatomo-pathologiques, qu'entend-on par un engorgement de la matrice? Les maladies de la matrice pourront être comparées à celles du testicule, à celles de la mamelle. Entendra-t-on alors un engorgement suite de dégénérescence? Mais c'est un cancer colloïde, encéphaloïde, etc. Veut-on parler d'une subinflammation simple? Mais ces sortes de maladies ne persistent pas dans cet état, ou bien elles deviennent aiguës, ou bien elles se résolvent et guérissent. Où est la preuve de ces engorgements? Puisqu'ils sont si fréquents, puisque les femmes n'en meurent pas, il arrive certainement que quelques femmes qui les portent succombent à d'autres maladies, où donc en est la preuve sur le cadavre? qui l'a vue? Ce ne sont pas de ces lésions, celles-là, qui disparaissent avec la vie. Non, on s'est tout simplement trompé ; et la cause d'erreur, la voici :

Quand on touche une femme et qu'on trouve le col sain ou pas assez malade pour rendre compte des symptômes; quand, ensuite, on rencontre dans le bassin une bosse, souvent douloureuse, qui remplit une partie de l'excavation, on croit à un engorgement.

Puis, partant de là, on prescrit le traitement des engorgements, traitement qui eut beaucoup de vogue, appuyé sur les derniers retentissements de l'école de Broussais. Les petites saignées, dites révulsives on ne sait pas trop pourquoi, l'extrait de ciguë comme fondant et qui est fondant comme chacun sait, des bains de deux ou trois heures, de petits lavements froids, des frictions avec la pommade d'iodure de plomb, etc., etc., et d'autres moyens dont nous parlions tout à l'heure, tel est l'ensemble du traitement des engorgements, en ajoutant, bien entendu, que la malade doit rester couchée pendant quelques mois,

ce qui ne peut manquer d'entretenir l'état général, comme on le comprend facilement.

Disons-le, les engorgements ont terminé leur carrière, il faut revenir à des idées d'anatomie pathologique plus saines et plus conformes à l'observation.

Est-ce à dire cependant que, la maladie mieux connue, nous réussissions à mieux la guérir? Par cela même que nous savons véritablement ce dont il s'agit, nous comprenons l'inutilité de tous les moyens qu'on emploie, nous comprenons qu'un moyen mécanique seul peut parvenir à amener la guérison, et, en vérité, c'est là quelque chose de fort difficile.

Mais au moins nous ne serons plus inquiets; connaissant l'affection, nous rassurerons les familles, et nous finirons par faire marcher ces femmes qu'on condamnait à un repos énervant et nuisible, plus propre à augmenter les accidents produits quelquefois par les déviations qu'à les modifier et à les faire disparaître. Il faut que les femmes atteintes de déviations de l'utérus se nourrissent et se promènent. Nous considérons ces deux points comme très-importants.

Ainsi, nous ne nions pas les engorgements, mais nous disons que ce sont des maladies assez rares. En rangeant, par exemple. les affections utérines dans l'ordre de leur fréquence en pratique, nous placerions d'abord les granulations, puis les déviations : ce sont les affections qu'on rencontre journellement; puis viendraient les productions anormales, les corps fibreux, les cancers, les engorgements, les productions pétrées, etc., etc.

En résumé, on ne connaît point de traitement efficace contre les déviations. Surveiller le système nerveux, le calmer, soutenir les fonctions digestives, combattre la constipation, telles sont les indications contre les symptômes généraux. Puis les ceintures hypogastriques, les pessaires, les tiges propres à redresser l'utérus, tels seraient les moyens locaux qui auraient vraiment de l'efficacité.

Nous n'avons rien à dire des autres lésions; nous devrions placer ici, pour compléter les maladies du système sexuel de la femme, les affections des mamelles, mais nous en avons parlé tant de fois dans le courant de l'année que nous n'y reviendrons pas. Ces maladies ont été au nombre de vingt-six, dont dix-sept tumeurs.

Les maladies de l'anus sont distribuées de la sorte : trois fissures, quatorze fistules, quatre cas d'hémorrhoïdes, un polype, trois cancers, cinq ulcères, huit abcès, une rétention des matières stercorales. Le temps nous manque pour parler de ces maladies.

Nous ferons remarquer qu'aucun de ces malades n'a succombé ; ce qui est singulier, car chaque année les maladies de l'anus en emportent malheureusement quelques-uns.

Nous n'avons plus qu'un mot à ajouter sur les opérations pour compléter ce résumé. Nous terminerons prochainement.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 19 OCTOBRE.

Cette séance a été consacrée à des discussions entièrement étrangers à la médecine.

SÉANCE DU 26 OCTOBRE.

Action physiologique comparée du chlorure, du bromure et de l'iodure de potassium. — MM. Bouchardat et Stuart-Cooper adressent un mémoire sur l'action physiologique comparée du chlorure, du bromure et de l'iodure de potassium.

Cinquante expériences exécutées sur des animaux divers les ont conduits au résultat imprévu, *qu'introduit à des doses égales dans le torrent circulatoire, le chlorure de potassium avait une action toxique plus puissante que le bromure et l'iodure du même métal.*

Ce résultat est en contradiction avec les observations cliniques recueillies après l'administration de ces sels à l'homme malade. Voici les explications que les auteurs donnent de ces différences.

Si on mêle du suc gastrique avec du chlorure, du bromure et de l'iodure de potassium, rien d'apparent avec le premier sel ; avec l'iodure, sous l'influence de l'acide du suc gastrique, de l'iode est mis à nu, et du brome avec le bromure. L'iodure, le bromure, le chlorure de potassium, sont-ils introduits en dose suffisante dans l'appareil circulatoire, ils agissent uniquement comme sels potassiques, et plus la combinaison contient de potassium, plus l'action toxique est énergique. Ces substances sont-elles introduites à doses altérantes dans l'appareil digestif, avec le chlorure on n'observe rien ; avec le bromure et l'iodure, l'action est manifeste, du brome et de l'iode sont mis à nu, et ces composés n'agissent plus comme combinaisons potassiques mais comme combinaisons bromique ou iodique.

Remède contre le mal de mer. — M. Jobard (de Bruxelles) adresse une note dans laquelle il propose un remède contre le mal de mer.

Le mal de mer, dit-il, n'est point une affection pathologique dont on puisse se préserver avec des remèdes. Ses causes sont purement méca-

niques : ce n'est ni l'air de l'océan, ni l'odeur du navire qui le provoque, puisqu'on l'éprouve à terre, et particulièrement sur certaines balançoires avec lesquelles il est parvenu à se rendre un compte plus exact de ses sensations que sur la mer même. Quand assis ou debout on se trouve élevé et abaissé par un mouvement alternatif, c'est toujours pendant l'abaissement et jamais pendant l'acension, que la crise se fait sentir; d'où M. Jobard a conclu qu'elle est causée par le soulèvement de la masse des intestins, qui jouit d'assez de mobilité dans la cavité abdominale pour aller chatouiller le diaphragme et provoquer le hoquet vomitif, en même temps qu'elle comprime le foie et force la vésicule du fiel à verser son contenu dans l'estomac, qui le rejette à l'instant. C'est en effet au moment où le navire plonge que le mal se fait sentir, tandis qu'il y a répit quand le navire se relève, parce qu'alors les intestins s'appuient sur le bassin en s'éloignant du diaphragme ; la différence d'intensité de la masse intestinale et de la charpente qui l'enferme motive assez la différence d'inertie qui trouble l'isochronisme de leur mouvement de translation.

Le moyen de se délivrer de cette incommodité, c'est d'empêcher les intestins de s'élever jusqu'au diaphragme ; pour cela, il suffit de les assujettir sur le bassin par un procédé mécanique quelconque. M. Jobard n'en a pas trouvé de plus simple qu'une ceinture serrée à la base du thorax, avec la précaution de ne pas comprendre l'estomac sous la ligature. On ne réussirait pas en plaçant la ceinture au milieu ou sous l'abdomen, c'est nécessairement au-dessus qu'il convient de la serrer, modérément d'abord, puis de plus en plus si cela devient nécessaire.

L'expérience, suivant M. Jobard, a confirmé l'efficacité de ce moyen Tous les passagers d'un navire, qui avaient suivi ses conseils, furent à l'abri du mal de mer pendant une longue et pénible traversée.

Action thérapeutique du chlorure de sodium (*sel marin*).—M. Plouviers (de Lille) adresse un travail sur le chlorure de sodium (sel marin) considéré comme fortifiant et comme agent thérapeutique.

L'auteur a fait, depuis 1842, quelques expériences pour résoudre les trois questions suivantes : 1° Le sel marin peut-il nuire à trop haute dose dans l'alimentation ? 2° Peut-il donner des forces aux personnes affaiblies, épuisées, soit par des maladies, soit par d'autres causes ? 3° Peut-il aider à l'alimentation si elle est insuffisante ?

D'après des expériences faites sur lui-même, M. Plouviers a remarqué qu'après avoir, pendant six semaines, fait usage d'une cuillerée, puis d'une cuillerée et demie de sel tous les matins dans une tasse de lait, il était devenu plus fort, plus dispos, et il avait acquis 5 kilogrammes de plus qu'il n'avait avant. Mais en continuant l'usage du sel, il n'a pas tardé à éprouver les symptômes d'une pléthore dont les progrès se faisaient sen-

tir tous les jours, et qui l'obligea à en cesser l'usage. Ces premiers résultats obtenus sur lui-même l'ont engagé à multiplier et varier ses expériences, qui l'ont conduit à reconnaître que le sel marin était un puissant fortifiant, un digestif d'une haute importance ; que c'est enfin un modificateur, un dépurateur du sang dont l'action bienfaisante n'est pas appréciée autant qu'elle devrait l'être, et qui peut, en cas d'insuffisance d'aliments, être un coadjuteur utile pour l'alimentation. Il conclut de son travail 1° que le chlorure de sodium, pris à haute dose par des personnes d'un tempérament sanguin, apoplectique, est nuisible ; 2° qu'au contraire, chez les personnes affaiblies et cependant sans être malades, il est d'une incontestable utilité ; 3° qu'il peut venir, chez les ouvriers et les malheureux, en supplément de nourriture, pris à doses fractionnées et associé aux aliments.

Cataracte. — M. Guépin (de Nantes) adresse un mémoire ayant pour titre : *N'est-il pas possible de réduire de plus de moitié le chiffre habituel des insuccès dans les opérations de cataracte?*

M. Guépin rend compte, dans cette note, des résultats comparatifs qu'il a obtenus par la méthode d'abaissement de M. Cunier, et par la méthode d'extraction.

Voici en quels termes il formule les règles qu'il croit devoir suivre à l'avenir :

L'abaissement, légèrement modifié selon les circonstances, peut donner plus de dix succès contre un insuccès, même en opérant des gens indociles et imprudents, et de mauvais cas ; aussi doit-il être employé comme méthode générale.

Afin de ne point piquer ou déchirer sans nécessité absolue l'iris, la choroïde ou les procés ciliaires, l'opération sera faite avec une aiguille coudée à peu près à angle droit, et le coude sera toujours présenté à l'iris et à la choroïde une fois l'aiguille introduite dans l'œil.

Afin d'éviter le tremblement consécutif de l'iris et de l'amaurose, l'aiguille sera introduite dans l'œil à 3 millimètres de la cornée, un peu au-dessus du plan de l'axe des yeux.

Le cristallin, quand faire se pourra, sera conduit avec sa capsule dans le corps vitré, la face antérieure deviendra inférieure, et la face postérieure sera tournée vers la partie supérieure de l'œil.

Si le cristallin est mou, il sera broyé sur place, et huit ou dix jours plus tard, à l'époque où l'irritation produite par la piqûre de l'aiguille sera dissipée, on le broiera de nouveau et l'on pourra procéder à une ponction destinée à faire sortir de l'œil ses principales parties.

Cette ponction sera faite près du cercle de la cornée avec un couteau à lame étroite ; elle pourra nécessiter une section de cornée de 5 à 7

millimètres; mais l'on évitera de se placer dans la jonction de la cornée à la sclérotique, afin de n'avoir pas de hernie de l'iris.

Dans les cataractes compliquées d'iritis avec atrésie pupillaire complète ou incomplète, l'opération artificielle précédera celle de la cataracte qu'elle rendra plus sûre et plus facile, en permettant de voir les mouvements de l'aiguille.

— M. Cazenave (de Bordeaux) adresse un paquet cacheté relatif à de nouvelles bougies dilatantes de son invention.

— M. Pappenheim adresse une note additionnelle à ses précédents travaux sur le développement des corpuscules de Paccioni et leur comparaison avec les tumeurs gangliformes de M. Serres.

SÉANCE DU 2 NOVEMBRE.

Éléments caractéristiques du tissu fibro-plastique. — MM. Charles Robin et Marchal (de Calvi) adressent un mémoire sur les éléments caractéristiques du tissu fibro-plastique et sur la présence de ce tissu dans une nouvelle espèce de tumeur. Le but de ce mémoire est, premièrement, de compléter l'histoire des éléments caractéristiques du tissu fibro-plastique; secondement, de signaler la présence de ce tissu dans une espèce particulière de tumeur, qu'il forme presque en entier, fait anatomique qui ne paraîtra point sans importance lorsqu'on saura que, chaque jour, les chirurgiens assistent au développement de cette espèce de tumeur et à sa disparition sous l'influence d'un traitement approprié.

L'étude de ce produit pathologique à ses diverses phases d'accroissement et de décroissement pourra nous amener, disent les auteurs, à connaître le mode de formation d'un élément qui n'existe pas à l'état normal, ce qui n'a pu encore être réalisé pour aucun tissu morbide.

L'examen de ce dernier ordre de faits, un des plus intéressants de la physiologie, sera l'objet d'un travail ultérieur.

M. Lebert, le premier, a séparé nettement l'élément fibro-plastique des autres éléments morbides. Il a rendu par là un service signalé à la science et aussi à la pratique; car il importe beaucoup de savoir que, si beaucoup de tumeurs hétéromorphes se reproduisent, il en est qui ne se reproduisent pas quand on les a enlevées en entier, et que ces dernières sont les tumeurs fibro-plastiques.

L'élément fibro-plastique est double : il comprend le globule-plastique et la fibre fibro-plastique.

a. Le globule est composé :

1° D'une masse pâle, sphérique ou ovoïde, de 15 millimètres de diamètre;

2° D'un noyau ovale, rarement rond, pâle aussi, mais facile à distin-

guer, à cause de ses contours, qui sont très-marqués, très-noirs sous le microscope, réguliers ou très-légèrement denticulés, ayant de 7 à 10 millimètres de longueur, sur 5 à 6 ou 7 millimètres de largeur quand il est ovale, et de 5 à 7 millimètres en tout sens quand il est rond, et contenant de 1 à 4 nucléoles, et quelquefois accessoirement deux ou trois granules extrêmement fins.

b. La fibre est allongée, fusiforme, de 3 à 4 millimètres de longueur au moins, et contenant un noyau toujours placé au niveau de sa partie renflée. Quelquefois le noyau est étroit, allongé, comme si la fibre le comprimait ; il peut contenir un peu plus de 1 à 4 granules plus fins que les nucléoles.

L'élément fibro-plastique se trouve dans les tumeurs suivantes, qu'il caractérise : tumeurs molles rouges, vasculaires, de la conjonctive ; tumeurs fibreuses simples du sein ; tumeurs du tissu cellulaire sous-cutané des membres ; tumeurs des interstices musculaires ; tumeurs fibreuses adhérentes au périoste ou axos ; fongus de la dure-mère ; condylome, et çà et là, dans le lupus, formant des faisceaux mêlés à des groupes de cellules épithéliales.

Un fait non encore signalé, et sur lequel les auteurs appellent l'attention, c'est la présence de l'élément fibro-plastique dans l'induration du chancre, dont il constitue à lui seul presque toute la masse. Ils rapportent des observations à l'appui de ce fait.

Voici les conclusions par lesquelles MM. Robin et Marchal résument et terminent leur mémoire.

1° Il y a deux sortes d'éléments anatomo-pathologiques : les éléments homœomorphes et les éléments hétéromorphes (Lebert).

2° Les éléments hétéromorphes sont les produits, tantôt d'un trouble local, tantôt d'un trouble général de la nutrition.

3° dans les éléments hétéromorphes, il n'y a jamais de cellule proprement dite autour du noyau. Quand l'enveloppe existe, elle se réduit à une substance homogène, représentant la pulpe d'un fruit autour du noyau, sans épicarpe ou enveloppe extérieure de la pulpe. L'épicarpe dans cette comparaison représente la cellule.

On dirait après cela que la cellule est un degré supérieur de développement, auquel la nature ne peut atteindre dans ses écarts.

4° L'induration du chancre est formée presque en entier d'éléments fibro-plastiques.

5° Le plus souvent, la substance homogène enveloppante manque autour du globule fibro-plastique, dans l'induration et dans les autres tumeurs fibro-plastiques que nous avons pu étudier.

Action des produits de sécrétion sur les tissus, et en particulier des larmes sur les membranes de l'œil. — M. Martini (de Wurtemberg)

adresse une note intitulée : *De l'action des larmes et des fluides de sécrétion en général sur les tissus vivants, considérée sous le point de vue physiologique et pathologique.* Cette note, qui n'est qu'une première partie d'un travail que l'auteur consacre à l'étude de l'action de tous les fluides de sécrétion en général sur les tissus vivants, a spécialement pour objet la sécrétion des larmes et leur influence sur le globe de l'œil.

L'humeur lacrymale, suivant M. Martini, joue un rôle immense dans toutes les affections de l'œil. Les larmes sont la véritable cause de l'inflammation.

Voici quelques-uns des faits sur lesquels l'auteur appuie cette manière de voir.

Si l'on fait une incision de la conjonctive seule, il en résulte une inflammation qui, en général, n'est pas dangereuse, et qui reste concentrée sur la membrane blessée ; mais si l'on pratique sur la surface convexe de la cornée une incision assez large pour qu'elle ne puisse pas se cicatriser sitôt, sans toutefois perforer la membrane, on en produit non-seulement l'inflammation, mais même l'ulcération. Si l'on fait, au contraire, une incision sur la surface concave de la cornée, en évitant de la perforer, il n'y a point d'inflammation. Si la plaie de la cornée est perforante, il en résulte non-seulement l'inflammation de la cornée et de la conjonctive, mais aussi l'inflammation de la membrane si délicate qui tapisse les chambres de l'œil. Si l'on déchire intérieurement cette membrane des chambres sans injecter de l'humeur lacrymale, la membrane ne s'enflamme pas. Il suffit qu'une ou deux gouttes seulement d'humeur lacrymale soient introduites dans le corps vitré, aussitôt la plus violente ophthalmie se déclare, et un hypopyon accomplit la destruction de l'œil. Enfin, d'autres faits que cite l'auteur lui semblent établir la simultanéité de l'inflammmation et de l'infiltration de l'humeur lacrymale et le rapport de causalité qui existe entre ces deux faits.

En résumé, dit l'auteur, les différents états inflammatoires que peuvent présenter l'organe de la vue et l'appareil conducteur des larmes lui-même sont pour nous le résultat de l'action irritante des larmes sur les divers tissus, dont se composent ces organes, que ce soit une cause mécanique ou chimique, une pustule ou un exanthème, de nature scrofuleuse, varioleuse, syphilitique, et qui aient amené une solution de continuité et par là ouvert un passage aux larmes. Toutes les distinctions spécifiques des ophthalmies établies par beaucoup d'auteurs nous paraissent, par cette raison, sans valeur pratique et scientifique.

Quant aux autres fluides de sécrétion, ils produisent, suivant M. Martini, les mêmes phénomènes que l'humeur lacrymale, c'est-à-dire l'inflammation lorsqu'on les met en contact avec les tissus qui, à l'état

normal, ne sont pas destinés à être baignés par eux. Les mêmes liquides qui causent l'inflammation produisent un état fébrile lorsqu'ils s'épanchent en quantité plus considérable, ou pendant plus longtemps, dans les tissus voisins. L'inflammation et la fièvre sont, par conséquent, conclut M. Martini, le résultat de l'action de substances délétères sur l'organisme. Elles peuvent être considérées comme de véritables empoisonnements. L'une est comme un empoisonnement partiel ou local, l'autre comme l'empoisonnement de l'organisme tout entier.

SÉANCE DU 9 NOVEMBRE.

Cette séance a été consacrée à des objets entièrement étrangers à la médecine.

SÉANCE DU 16 NOVEMBRE.

Considérations chimiques et physiologiques sur le ligneux et les produits qui l'accompagnent dans le bois. — MM. Figuier et Poumarède communiquent sur ce sujet un mémoire dont voici les principales conclusions :

1° La composition du ligneux débarrassé de tous les produits étrangers se représente par les nombres suivants :

Carbone.	43,70	100
Hydrogène.	6,23	
Oxygène.	50,07	

Cette composition est uniforme pour les ligneux provenant des origines les plus diverses.

2° L'acide sulfurique concentré, en agissant à froid sur le ligneux, et particulièrement sur le papier, le transforme en un produit chimique qui ressemble par ses caractères physiques à une membrane animale. Cette substance est probablement la même que M. Schenein a récemment annoncée en se réservant le secret de sa préparation. C'est une modification des tissus ligneux qui recevra dans l'industrie des applications intéressantes.

3° Les produits qui accompagnent le ligneux dans le bois présentent la même composition que le ligneux lui-même. M. Payen, qui a décrit ces composés sous le nom d'*incrustations ligneuses*, leur avait attribué une composition très-différente.

Il paraît démontré qu'en étudiant ces produits, M. Payen avait opéré sur les produits de leur altération par les alcalis et par la chaleur.

4° La composition chimique de la pectine est identique à celle du ligneux. C'est elle qui constitue les incrustations ligneuses.

5° Le tissu du bois épuisé de tous principes solubles dans l'eau est donc essentiellement formé de deux substances, le ligneux et la pectine, et de produits en petit nombre, solubles dans l'alcool et rapprochés des rési-

nes. Ces derniers ne figurent d'ailleurs dans le bois que comme accidents de la végétation, et ne justifient en rien l'importance qu'on leur avait accordée dans la constitution des tissus ligneux.

6° La pectine représente le ligneux à l'état rudimentaire, c'est probablement le *cambium* des botanistes.

Le mémoire de MM. Figuier et Poumarède se termine par la discussion d'un principe d'une haute importance pour les faits de la physiologie chimique. Ils s'efforcent de prouver que les corps organisés échappent à la loi des combinaisons en proportions définies. Selon eux, la forme organisée est incompatible avec l'existence d'une capacité de saturation. Ils se fondent pour avancer cette idée nouvelle, qui probablement fournira matière à beaucoup de discussions de la part des chimistes, sur la variabilité de composition que présentent les combinaisons des corps organisés, sur l'inexactitude des résultats obtenus dans la recherche de leur poids atomique, et enfin sur les caractères physiques et chimiques qui distinguent les substances organisées de toutes les autres classes de composés chimiques.

(Commissaires : MM. Chevreul et Ballard.)

Gastro-stomie ; ses indications ; son influence sur la nutrition. — M. Sédillot adresse un nouveau mémoire sur la gastro-stomie, intitulé : *Des cas auxquels l'opération de la gastro-stomie est applicable.*

M. Sédillot a mis à profit les expériences qu'il a faites sur des animaux pour s'assurer si la nutrition ne restait pas en souffrance. Il a fait, dans cette intention, l'expérience suivante : il a diminué la quantité des matières alimentaires injectées dans l'estomac d'un chien qu'il avait nourri depuis quatre mois par sa bouche stomacale. L'animal a maigri en peu de jours de près de 300 grammes. Il a alors augmenté de nouveau la proportion des aliments, et en quelques jours le chien a recouvré les 300 grammes qu'il avait perdus. La nutrition s'opérait donc d'une manière complète et sans obstacle.

SÉANCE DU 23 NOVEMBRE.

Sur plusieurs réactions chimiques qui intéressent l'hygiène publique des cités populeuses. — Voici en quels termes se résume le mémoire de M. Chevreul dans ce qu'il a de plus applicable à l'hygiène publique :

Après avoir constaté, par l'expérience directe, que partout où il existe des sulfates alcalins et certaines matières organiques au sein d'une eau privée du contact de l'air, il y a formation d'un sulfure, j'ai expliqué l'infection des eaux du bassin de Paris, qui contiennent du sulfate de chaux, celle de l'eau renfermée dans des futailles de bois de chêne pour

l'usage des marins, et l'infection de l'eau de mer qui a pénétré dans la cale d'un vaisseau.

De l'altérabilité des matières organiques et de leur accumulation dans le sol des cités populeuses, j'ai déduit la cause de l'insalubrité et même de l'infection que ce sol et les eaux des puits qu'on y a creusés peuvent manifester au bout d'un certain temps, lorsque, le terrain étant perméable, il n'est pas dans la position d'être incessamment lavé *per descensum*.

D'après cela, les restes des animaux enfouis dans la terre, les matières qui s'échappent des fosses d'aisance, les urines répandues sur la voie publique, les matières organiques qui, de nos demeures, pénètrent dans le sol, les matières condensées à l'état liquide dans les conduites de gaz qui se répandent au dehors par des fuites : voilà l'origine des matières organiques altérables qui tendent à porter l'insalubrité et l'infection dans les couches terrestres où elles pénètrent. Ajoutons l'influence du calcaire poreux, pour produire des azotates de potasse, de magnésie et surtout de chaux dans des circonstances convenables, l'influence d'une certaine proportion de sulfate de chaux, et nous aurons des corps qui produiront, avec les matières organiques, des effets d'insalubrité ou d'infection qui n'auraient pas eu lieu sans leur intervention. C'est surtout le sulfate de chaux qui donne au sol de Paris un caractère particulier d'insalubrité ou d'infection qu'on ne remarque pas dans les villes dont le sol et les eaux sont dépourvus de ce sel.

Les moyens à employer pour assurer la salubrité des villes sont les uns *préventifs* seulement, et les autres *susceptibles d'empêcher l'insalubrité et de la combattre si elle est déclarée*.

Les *moyens préventifs* consistent à diminuer autant que possible la quantite des matières organiques qui pénètrent dans le sol : tels sont l'établissement des sépultures et des voiries loin des villes ; l'établissement des fosses d'aisance étanchées, le lavage incessant, au moyen de fontaines ou de bornes-fontaines, des ruisseaux des rues ; des égouts multipliés, dans lesquels se trouveront les conduites d'eau et celles du gaz propre à l'éclairage.

Les *moyens capables d'empêcher l'insalubrité et de la combattre si elle existe* ne sont pas nombreux.

Le premier de ces moyens consiste à porter l'oxygène atmosphérique et la lumière partout où existent des matières organiques, susceptibles de devenir insalubres par un commencement de décomposition. La raison de cette prescription est la tendance de l'oxygène à convertir en définitive la matière organique en eau, en acide carbonique et en azote, par les combustions lentes sur lesquelles j'ai appelé depuis longtemps l'attention des chimistes, produits qui n'ont rien de dangereux pour

l'économie animale, et l'influence de la lumière pour favoriser cette tendance. Une conséquence de cette prescription est la largeur des rues et l'étendue suffisante des cours des maisons pour que l'air et la lumière y pénètrent librement.

Un second moyen existe lorsque les puits sont assez multipliés et placés dans des conditions telles que l'eau s'y renouvelle souvent, parce qu'on l'y puise incessamment, soit pour les besoins qu'on en a, soit pour purifier le sol des matières qu'elle dissout. Au reste, dans tous les cas on peut considérer les puits comme tendant à la purification de l'eau qu'ils ont reçue du sol, puisqu'elle s'y trouve plus exposée au contact de l'oxygène atmosphérique qu'elle ne l'était dans les couches de la terre, et que ce contact est une cause de salubrité. Mais si, en principe, on accorde aux puits cette influence de salubrité, il faut avouer que, tels qu'ils sont aujourd'hui dans des cités populeuses où le sol est infecté, leur efficacité réelle est extrêmement bornée.

Telle est la raison qui m'a fait attacher une si grande importance à un troisième moyen, en quelque sorte l'unique que nous ayons aujourd'hui d'agir activement sur les sols qui ne sont pas dans la condition d'être incessamment pénétrés par les masses d'eau qui s'y renouvellent *per descensum,* ou qui s'y introduisent comme partie d'un grand fleuve, en raison de la perméabilité du sol à l'eau de ce fleuve. Ce moyen consiste à faire des plantations nombreuses dans le sein des villes. La grande influence des arbres sur la salubrité des terrains est incontestable, puisqu'ils ne s'accroissent qu'en y puisant des matières altérables, causes prochaines ou éloignées d'infection. Mais j'ai fait remarquer la nécessité de faire des plantations avec intelligence, quant à leur nombre, à leur répartition sur l'étendue de la cité et aux dispositions à prendre pour que les racines puissent, tout en s'étendant assez, satisfaire aux besoins du développement des espèces qu'on a plantées, sans jamais être exposées à atteindre un sol infecté déjà où l'oxygène atmosphérique ne saurait pénétrer.

Influence du sel sur la nutrition. — M. Boussingault lit la relation d'une expérience entreprise pour déterminer l'influence que le sel, ajouté à la ration, exerce sur le développement du bétail.

Le chlorure de sodium, contenant un élément (la soude) que l'on retrouve dans tous les fluides animaux, on peut admettre au point de vue physiologique, dit M. Boussingault, qu'un sel de soude est nécessaire, indispensable même dans l'alimentation, et il devient tout naturel de voir dans l'usage modéré de cette substance un puissant moyen hygiénique. C'est dans ces limites que M. Boussingault a toujours compris l'utilité du sel marin; mais il ne partage pas les opinions exagérées qui ont été émises sur les facultés alimentaires du sel. Comme il n'existe

aucune preuve à l'appui de l'une ni de l'autre opinion, il a cherché à déterminer par une expérience directe, quelle est l'influence du sel dans la nutrition du bétail. Ce savant chimiste a, à cet effet, choisi dix jeunes taureaux ayant à peu près le même âge et le même poids. Il les a répartis en deux lots, qu'il a nourris avec une égale quantité de fourrage, en ajoutant pour l'un 34 gram. de sel par tête, tandis que l'autre n'a point reçu de sel.

D'après ces expériences, il résulte que le sel ajouté à la ration n'a produit aucun effet appréciable sur l'accroissement du poids vivant.

Comme on pouvait le prévoir, les animaux qui ont consommé du sel ont bu davantage que ceux qui n'en ont point reçu.

Un point important dans certains cas d'alimentation du bétail, c'est de faire ingérer la nourriture dans le moins de temps possible. Il convenait donc de consater si le lot auquel on donnait du sel, mangeait sa ration avec plus de rapidité que celui auquel on n'en donnait pas.

Il ressort encore de ces expériences que le sel aurait développé plus d'appétence, et l'on conçoit dès lors comment cette substance peut agir favorablement dans l'engraissement.

La nullité d'action du sel ajouté à la ration, sur la production du poids vivant, est un fait qui semble en opposition avec le principe physiologique qui admet que la soude est essentielle à l'organisme, et par conséquent indispensable dans l'alimentation. Mais il faut remarquer que, si l'on est généralement d'accord sur la nécessité de la présence d'un sel de soude dans les aliments, on ignore encore la limite de la dose à laquelle ce sel deviendrait insuffisant. Or, cette dose peut être telle que la proportion de sel marin qui fait partie, comme chacun sait, des substances minérales contenues dans les aliments, soit suffisante et au delà pour satisfaire aux exigences de la digestion, surtout quand on n'a pas, comme dans l'engraissement, à surexciter l'appétit.

Lithotritie. — M. Civiale adresse un mémoire, dans lequel il expose les résultats de la lithotritie méthodiquement appliquée aux seuls cas qui la comportent. De 1836 à 1845, il a fait 266 applications de sa méthode, et il a obtenu 259 guérisons, dont quelques-unes incomplètes. Ce résultat est d'autant plus remarquable, que le plus grand nombre des malades appartient à la vieillesse ; il n'y a que 5 enfants. 79 calculeux ont en outre réclamé ses soins, mais il ne les a pas trouvés dans des conditions favorables à la lithotritie : 28 ont subi la taille, qui en a sauvé 17 ; les autres ont conservé leur pierre et la plupart ont succombé ensuite par les progrès ou les complications de la maladie.

En rapprochant les faits nouveaux de ceux dont il a déjà présenté le tableau à l'Académie, on trouve 582 calculeux lithotritiés par lui seulement On aura remarqué que la mortalité est plus forte dans les nouvelles

listes que dans les anciens tableaux. A ne voir que les chiffres, un tel résultat implique contradiction avec ce qu'on devait attendre des perfectionnements apportés, soit à l'appareil instrumental, soit au procédé opératoire. La différence, dit M. Civiale, tient à ce qu'au début de sa pratique il n'opérait que dans les cas très-favorables; il s'agissait du sort d'une nouvelle méthode, sur le compte de laquelle on n'aurait pas manqué de mettre des évènements qui auraient dépendu uniquement du mauvais choix des sujets. Des succès seuls pouvaient imposer silence à une opposition chaque jour plus menaçante, et pour les obtenir, il fallait n'opérer que dans des cas où ils fussent à peu près certains. Aujourd'hui la nouvelle méthode est jugée. L'humanité commande au chirurgien de recourir à l'opération qui offre le plus de chances de sauver le malade, et quoique le résultat soit incertain, la lithotritie permet encore, plus que la taille, de compter sur le succès. En opérant dans des cas douteux, on ne peut manquer de donner lieu à une mortalité plus forte; mais ce que la lithotritie semble avoir perdu en sûreté, elle l'a gagné en extension. Autrefois on n'opérait que la moitié des calculeux qui se présentaient, aujourd'hui les trois quarts environ sont traités par elle. L'art, plus sûr de lui-même, ajoute M. Civiale, peut maintenant attaquer des cas que la prudence commandait autrefois d'abandonner.

La xyloïdine considérée comme substance alimentaire. — Dans l'une des précédentes séances, M. Pelouze avait annoneé que le produit de la réaction de l'acide azotique sur le ligneux, en général, donnait naissance à un composé particulier de cellulose azotée dont les éléments constitutifs se rapprochaient tellement de la fibrine, de la caséine et de l'albumine, qu'il ne lui était pas permis de douter de la propriété alimentaire de ce nouveau corps, mais qu'il n'osait rien affirmer à cet égard, puisqu'il n'avait point encore fait d'expériences.

M. M..., s'autorisant de cette déclaration, a entrepris des expériences dont il a rendu compte à l'Académie; mais les conditions dans lesquelles il les a effectuées ne permettent d'en tirer aucune conclusion.

Dans la dernière séance, MM. Bernard et Barreswil ont rappelé à cette occasion qu'ils ont, il y a plus de cinq ans, mis des animaux au régime de la xyloïdine; ils ont constaté que cette substance n'était, en aucune façon, altérable par son passage dans l'intestin : elle reste blanche, déflagrante, insoluble daus l'eau, soluble dans l'acide acétique et l'alcool; elle se recouvre seulement d'une couche de mucus.

—M. Édouard Robin, dans l'intention de prendre date, adresse l'analyse de l'une des parties du mémoire qu'il a entrepris sur la fermentation putride, et en particulier sur la conservation des matières animales : il s'agit du pouvoir antifermentescible des huiles et de la théorie des procédés mis en pratique dans l'embaumement chez les Egyptiens.

SÉANCE DU 30 NOVEMBRE.

Transport du phosphate de chaux dans les êtres organisés. — M. Dumas lit une note sur ce sujet. Le phosphate de chaux, quoique insoluble dans l'eau, pénètre dans les plantes et se dépose dans leur tissu. Les os qui le contiennent se désagrégent peu à peu sur le sol et disparaissent bientôt sous l'influence des eaux pluviales. M. Dumas dit avoir reconnu les causes qui produisent de tels effets ; il en est deux qui peuvent intervenir, l'une rarement et avec une faible intensité, l'autre partout et avec une intensité remarquable. La première réside dans une propriété que le sel ammoniac possède : il favorise la dissolution du phosphate de chaux. La seconde réside dans l'action de l'acide carbonique. C'est là, suivant M. Dumas, que se trouve le véritable dissolvant du phosphate de chaux. En effet, l'eau chargée d'acide carbonique dissout de grandes quantités de phosphate de chaux. L'action de l'acide carbonique sur le phosphate de chaux est telle que des lames d'ivoire renfermées dans des bouteilles d'eau de Seltz s'y sont ramollies en vingt-quatre heures tout comme dans l'acide chlorhydrique dilué. Cette propriété, dit M. Dumas, explique le transport du phosphate de chaux dans les plantes. Elle explique comment les os se désagrégent et se dissolvent abandonnés sur le sol, sous l'influence prolongée de l'eau de pluie chargée d'acide carbonique; elle montre comment, dans l'économie animale, les os peuvent se redissoudre par l'action du sang veineux riche en acide carbonique; elle explique le rôle de l'émail des dents, destiné par le fluorure de calcium qu'il renferme, à en protéger la substance osseuse contre l'action de l'acide carbonique dégagé du poumon et dissous par la salive, qui, d'ailleurs habituellement alcaline, est, par cela même, fort propre à en neutraliser les dangereux effets. L'emploi habituel de l'eau de Seltz ne serait-il pas de quelque utilité dans la gravelle et les calculs de phosphate de chaux ? Enfin; n'est-il pas évident, ajoute et dit en terminant M. Dumas, que deux corps, aussi répandus dans la nature organique que le sont l'acide carbonique et le phosphate de chaux, doivent réagir l'un sur l'autre dans une foule de circonstances et donner naissance à des phénomènes de dissolution et de précipitation très-variés ?

M. Lassaigne communique une note sur le même sujet. Ayant entendu dire à M. Dumas, dans son discours de rentrée de l'école de médecine, que le transport du phosphate de chaux de la matière minérale s'opérait dans le tissu des végétaux par l'action dissolvante de l'eau chargée d'acide carbonique, il a eu l'idée de faire quelques expériences dans cette direction. Voici les résultats qu'il transmet à l'académie. Il a constaté que l'eau saturée de gaz acide carbonique, à la température de $+10^{\circ}$ et à la pression ordinaire, avait non-seulement la faculté de dissoudre une

petite quantité de sous-phosphate de chaux pur qui paraît s'élever à 75/100000 du poids de l'eau saturée d'acide carbonique, mais que cette même solution opérait, dans les mêmes conditions, la dissolution d'une petite quantité des sels calcaires composant les os. Cette dernière expérience a été faite avec un os humain (tibia) retiré d'un cadavre inhumé depuis vingt ans ; cet os était peu friable et contenait encore une portion de sa matière organique. Divisé par l'action d'une râpe ou mis en morceaux de la grosseur d'une petite noisette, il a cédé du carbonate et du phosphate de chaux à l'eau saturée de son volume d'acide carbonique. La proportion de ces sels calcaires enlevée aux morceaux d'os a été moindre que celle extraite des os réduits en poudre. Par une expérience directe, M. Lassaigne a reconnu aussi que l'eau chargée de bicarbonate de chaux pouvait dissoudre des quantités très-faibles de sous-phosphate de chaux.

M. Thénard fait remarquer, à l'occasion de ces deux communications, que les faits qui en sont l'objet sont déjà bien connus, mais qu'il n'en est pas de même du rôle qu'il convient de leur assigner dans l'explication du transport des phosphates et arséniates par l'eau chargés d'acide carbonique.

Séjour prolongé de pièces de monnaie dans l'estomac d'un chien. — M. Becquerel signale un fait qui n'est pas sans quelque intérêt pour la physiologie. Il y a douze ans, un chien avait avalé en jouant deux pièces de monnaie, une pièce de 5 francs et un gros sou en métal de cloche. Il n'en fut nullement incommodé ni dans le moment ni plus tard. Ce chien étant venu à mourir il y a quinze jours, son maître le fit ouvrir et trouva dans l'estomac les deux pièces de monnaie mêlées aux débris du dernier repas que l'animal avait pris. La pièce de 5 francs, dont la surface n'était pas visiblement altérée, pesait 23 grammes 425 au lieu de 25 grammes. Le gros sou, au contraire, était notablement altéré ; il était devenu très-mince et était recouvert d'une matière noire, de sulfure de cuivre probablement ; il ne pesait plus que 5 grammes 505 au lieu de 20 grammes. Il est probable que si l'animal eût vécu plus longtemps, la pièce de cuivre aurait fini par disparaître en totalité sans avoir produit aucun désordre dans l'économie.

SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE.

De l'immutabilité et de l'essentialité des maladies. — M. J. P. Tessier lit un mémoire sur l'immutabilité et l'essentialité des maladies, comme base traditionnelle de la médecine. L'auteur s'est proposé dans ce travail, ainsi que l'indique le titre, de démontrer que la médecine repose sur une base traditionnelle qui est l'immutabilité et l'essentialité des maladies.

Les maladies sont immuables. L'immutabilité des maladies est établie, suivant M. Tessier, par la démonstration suivante. Depuis Hippo-

crate jusqu'à nos jours, la plupart des maladies ont été successivement décrites par des médecins de siècles, de pays et de système tout à fait différents. Or ces descriptions, pour les maladies qui ont un nom, concordent parfaitement entre elles ; seulement, les descriptions des auteurs modernes sont en général plus complètes, plus détaillées que celles des auteurs anciens. Pour n'en citer qu'un exemple, les fièvres décrites par Hippocrate, et dont la description est si différente de celle des fièvres que l'on observe actuellement à Paris, sont précisément celles que nos médecins militaires ont rencontrées en Morée et dans l'Algérie : ce sont les fièvres intermittentes et rémittentes des pays chauds, si bien décrites par Torti qui les étudiait à Rome. Enfin les observations cliniques démontrent chaque jour que les maladies sont toujours les mêmes dans leurs caractères fondamentaux. On décrit, il est vrai, ou l'on découvre, soit des maladies méconnues, soit des maladies nouvelles ; mais ces maladies une fois connues et décrites ne changent pas plus que les autres. Ainsi les fièvres éruptives n'ont pas changé depuis les médecins arabes jusqu'à nous. Il en est de même de la syphilis depuis la découverte de l'Amérique ; enfin la morve, depuis qu'elle a été signalée chez l'homme, a toujours présenté les mêmes caractères fondamentaux. Tel est même ce caractère d'immutabilité des maladies. que la morve comme la rage peuvent traverser quelques espèces animales, et passer de l'une à l'autre sans se dénaturer.

Certaines maladies disparaissent de quelques contrées ; mais cette disparition ne constitue point et n'a jamais constitué une transformation.

Enfin on peut tirer de l'immutabilité des maladies un caractère zoologique. En effet, s'il est des maladies communes à plusieurs espèces animales et à l'homme, il en est qui sont exclusivement propres à une espèce. L'homme, sous ce rapport, fournit de nombreux exemples, dont le plus remarquable est celui que l'on tire des fièvres. Ces maladies, qui s'observent dans tous les pays médicalement connus, qui par conséquent sont communes à toutes les races humaines, n'ont jamais été observées dans aucune espèce animale, et celles d'entre elles qui sont inoculables d'homme à homme n'ont jamais pu être inoculées à un animal. Eh bien ! cette communauté pour les races humaines de maladies, auxquelles échappe le règne animal tout entier, me paraît un argument en faveur de l'unité de l'espèce humaine.

L'immutabilité des maladies est donc tout à la fois un fait médical incontestable et un caractère zoologique de quelque valeur. Or le principe de l'essentialité des maladies, considéré comme base de la médecine, doit servir à coordoner méthodiquement tous les faits médicaux. Il doit en conséquence permettre de constituer :

1° La pathologie génerale, c'est-à-dire la théorie générale des affections contre nature et de leurs rapports;

2° La médecine pratique, c'est-à-dire la classification de tous les faits particuliers au point de vue de l'art médical.

Cystite cantharidienne. — M. Morel-Lavallée adresse un deuxième supplément à son travail sur la cystite cantharidienne. Ce troisième mémoire contient neuf observations : deux appartiennent à l'auteur; les autres lui ont été communiquées par MM. Cullerier, Amédée Latour, C. Ollivier, Martinelli et Goblet. Dans le cas de M. Cullerier, un premier vésicatoire, appliqué sur la poitrine pour une pleurésie, n'avait exercé aucune réaction sur la vessie; deux autres vésicatoires ont déterminé dans ce réservoir une sécrétion de fausses membranes si abondante, que la garde-malade fut obligée de tirer dessus pour achever leur expulsion. Chez le phthisique de MM. A. Latour et Ollivier, les pseudomembranes, très-minces, étaient grandes comme une carte à jouer. Dans plusieurs des faits de M. Martinelli, outre les fausses membranes sorties par l'urèthre, il s'est formé au fond du vase par le refroidissement une couche tremblotante, une sorte de caillot albumineux, ainsi que l'appelle M. Morel-Lavallée, et en même temps l'urine renfermait de l'albumine en dissolution. Dans les cas de M. Morel-Lavallée, et dans ceux de M. Goblet (ces derniers recueillis dans le service de M. le professeur Andral, alors suppléé par M. Henry Guéneau de Mussy), l'albumine n'existait qu'en dissolution dans l'urine, et trois fois sans douleur ni aucun autre symptôme dans l'urine. Ainsi tous les résultats importants auxquels M. Morel-Lavallée était arrivé sont pleinement confirmés par les autres observateurs.

SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE.

Composition de l'air confiné dans les espaces clos et habités — M. Lassaigne adresse de nouvelles recherches sur la composition de l'air confiné dans les écuries où ont respiré un certain nombre de chevaux pendant un temps déterminé, suivies de quelques considérations sur la capacité des habitations destinées à ces animaux. C'est la seconde partie d'un mémoire que l'auteur a déjà présenté sur ce sujet.

Des observations et des faits rapportés dans ce mémoire, l'auteur déduit les propositions suivantes :

1° L'air limité des écuries où sont renfermés des chevaux contient, à différentes hauteurs, la même proportion de gaz acide carbonique.

2° Ce dernier gaz ne réside pas à la partie la plus rapprochée du sol des écuries, ainsi qu'on l'avait supposé; il est mélangé à toute la masse d'air contenu dans ces écuries, et, sous ce rapport, il y a conformité dans ce qui se passe dans les lieux fermés où sont réunis un grand nombre d'hommes et les endroits clos où séjournent les animaux.

3° La proportion d'acide carbonique, exhalé en une heure, forme environ le tiers du volume du corps du cheval, ou 219 litres, 72.

4° Le rapport des quantités d'acide carbonique exhalé par l'homme et le cheval, dans le même temps, est, : : 1 : 12,3.

5° Les quantités de carbone brûlé dans le poumon de l'homme et du cheval sont proportionnelles aux quantités d'acide carbonique formé ; elles sont, pour une heure, de 8,96 de carbone pour la respiration de l'homme, et de 110,21 pour la respiration du cheval.

6° Dans les écuries où les moyens de fermeture sont imparfaits, il s'établit de bas en haut un léger courant qui renouvelle peu à peu l'air ayant servi à la respiration des animaux, et empêche que la quantité d'acide carbonique s'élève proportionnellement au temps de séjour dans ces écuries.

7° Les résultats signalés dans le cours de ce travail tendent à démontrer que le volume d'air limité, au milieu duquel peut être placé un cheval pour que sa respiration ne soit pas même gênée au bout de deux heures dans une écurie bien close, doit s'élever pour chaque animal à 31 mètres cubes d'air au moins, ou 31,000 litres d'air.

8° Les moyens ordinaires de fermeture établis pour portes et fenêtres des écuries ne peuvent s'opposer, au bout d'un certain temps, au renouvellement de l'air qui s'y trouve confiné.

9° Il est rationnel toutefois d'assainir les écuries étroites ayant peu de capacité, soit par des vasistas ou fenêtres qu'on ouvre ou ferme à volonté, soit par des appareils simples et permanents de ventilation qu'on établirait en haut et en bas des écuries, à deux points opposés, pour favoriser le renouvellement de l'air qui a servi à la respiration des animaux.

SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE.

Nerfs des os. — M. Gros lit un travail physiologique sur la structure des os. Les recherches qu'il a entreprises sur ce sujet l'ont conduit à quelques résultats nouveaux relatifs aux vaisseaux lymphatiques sanguins et surtout aux nerfs des os. Voici en quels termes il expose ces résultats :

Vaisseaux lymphatiques. — La certitude de leur existence m'est acquise, au moins par les conduits médullaires des os longs.

Vaisseaux sanguins. — Ils forment deux systèmes réticulés, un externe périostique et un autre interne médullaire. Dans ce dernier, j'ai aperçu quelques différences entre les artères et les veines. Les artères sont plus centrales, plus réticulées ; les veines sont plus éloignées de l'axe, et disposées habituellement en rameaux longitudinaux et parallèles. Leurs derniers ramuscules on été vus par moi au microscope, et mon-

trés à l'œil nu, pénétrant dans les canalicules osseux. Pour une artère existent, en général, deux veines et deux nerfs.

Nerfs. — Je ne parlerai, dans cette note, que de ceux des os longs. Je démontre dans le cours de mon travail, non seulement l'existence des nerfs des os, mais encore qu'un bel ensemble de nerfs est affecté au système osseux, et que cet ensemble est numériquement double de l'ensemble artériel. C'est au niveau des grands conduits médullaires qu'existent ses plus belles manifestations, en rapport sans doute avec la présence de la moelle; il est d'ailleurs, comme partout, parallèle et harmonique à l'appareil vasculaire.

M. Gros expose les dispositions respectives qu'affectent les vaisseaux et nerfs dans le fémur du cheval. Le corps de l'os est embrassé par une sorte d'anse vasculo-nerveuse dont le sommet est représenté, d'une part, par le tronc diaphysaire, et de l'autre, par le ganglion, auquel l'auteur donne aussi le nom de diaphysaire. Cette anse est le lien vital qui unit les parties superficielles de la diaphyse à ses parties profondes.

Cette disposition se retrouve, au moins quant à ses parties essentielles, aux autres os longs de tous les mammifères en général; mais le *substratum* ordinaire est un plexus, qui se divise en médullaire et en périostique : il est plus ou moins complexe et quelquefois ganglionnaire, comme chez le bœuf. Le plexus est donc le cas ordinaire ou la loi dont le vrai ganglion du cheval représenterait l'expression la plus élevée, tandis que le plexus ganglionnaire du bœuf formerait un anneau intermédiaire.

Le but de ce plexus paraît être de rassembler des rameaux nerveux nés de sources diverses, pour en former ordinairement deux cordons qui s'anastomosent autour des vaisseaux médullaires, jusqu'à la bifurcation de ceux-ci, dans le canal de la moelle : là se forme un nouveau plexus, duquel partent les deux nerfs satellites de chaque division vasculaire, puis ces nerfs continuent à se ramifier de la sorte autour des vaisseaux, jusqu'aux extrémités spongieuses des os longs, où ils se répandent sur les cellules en formant des plexus terminaux, parallèles aux réseaux vasculaires. Sur une des pièces que l'auteur a déposées à la Faculté, les nerfs ont été suivis jusque sur les cellules de l'extrémité inférieure du tibia, où on les voit se ramifier en plexus.

Une autre loi, que nous ne pouvons ici qu'énoncer, est celle de l'union habituelle, des connexions intimes et très-multipliées entre les nerfs des os et ceux des articulations; et cela non seulement pour les parties osseuses voisines des jointures, mais même pour ceux de la diaphyse, c'est-à-dire du point qui en est le plus éloigné. Nous trouvons encore à la cuisse une belle application de cette loi, par un rameau qui donne à la fois : 1° à l'articulation de la hanche et à la tête du fémur,

2° au trou nourricier de la diaphyse ; 3° au condyle interne, par un autre rameau qui présente ces deux dernières distributions, mais surtout par l'ensemble de ces nerfs, qui forment entre le trou fémoral et le genou, auxquels ils sont presque exclusivement destinés, une sorte de treillage nerveux ou de plexus à larges mailles, s'élevant supérieurement le long de l'artère fémorale, qu'il enlace plus étroitement pour se terminer, dans la région inguinale, aux branches du tronc crural et à quelques filaments ténus émanés des ganglions lombaires inférieurs.

Nouvelles recherches microscopiques sur les tumeurs. — M. Lebert adresse de nouvelles recherches sur les tumeurs. L'auteur déclare que dans ce nouveau travail il n'a nullement envisagé les investigations microscopiques comme but, mais seulement comme moyen d'éclairer l'observation clinique. Les conclusions de ses travaux inédits les plus récents sur cette matière sont les suivantes :

1° On a décrit jusqu'à présent sous le titre cancer de la peau, deux affections entièrement différentes dans leur nature, leur curabilité et leur structure tant anatomique que microscopique, savoir : le vrai cancer de la peau et ce que nous appelons le pseudo-cancer cutané.

2° Le pseudo-cancer de la peau commence par un petit nœud saillant dans l'épiderme ou dans la couche la plus superficielle du derme qui quelquefois se crevasse et s'ulcère sous forme de tumeur proéminente, mais ordinairement devient une tumeur muriforme plus ou moins injectée, composée d'éléments hypertrophiés et hypérémiés des papilles de la peau, de leur base et de la couche épidermique qui les recouvre.

3° Cette première période de l'hypertrophie est ordinairement assez longue (2-5 ans), lorsque la seconde période, celle de l'inflammation, caractérisée par l'augmentation du volume de vascularité et l'apparition de douleurs, survient ; ordinairement la troisième, celle de l'ulcération, ne se fait pas longtemps attendre : la couche épidermique de la surface disparaît, les groupes de papilles hypertrophiées se disjoignent et forment ainsi le fond fongueux de l'ulcère pseudo-cancéreux ; les parties qui l'entourent se trouvent dans un état d'hypertrophie commençante et d'inflammation plus ou moins chronique.

4° Abandonné à lui-même ou irrité par l'usage incomplet des caustiques, l'ulcère s'étend de plus en plus en largeur et en profondeur, ressemblant ainsi au véritable cancer ; cependant, ni dans la sécrétion de l'ulcère, ni dans sa texture, ni dans le reste de l'organisme, si le malade meurt, on ne retrouve les éléments du vrai cancer. Le pus de l'ulcère montre un mélange de globules de pus et d'épiderme. Les fongosités du fond ainsi que leur base ne montrent que des papilles altérées, et les tissus ambiants sont infiltrés des éléments d'exsudation que l'on rencontre dans l'inflammation chronique.

5° On a aussi quelquefois désigné le cancroïde de la face sous le nom de *noli me tangere*. C'est justement l'inverse qui doit être la règle de conduite du chirurgien et le *noli tangere* l'exception.

6° Les récidives du pseudo-cancer, après l'opération, tiennent surtout à ce que le mal existe en germe et peu développé autour du mal plus apparent. Il faut par conséquent faire l'extirpation à une certaine distance dans les parties saines et faire une nouvelle opération dès que le mal reparaît. Bien rarement alors le mal aura une terminaison funeste.

7° Beaucoup de passages dans les auteurs de chirurgie attestent qu'ils ont reconnu la différence de pronostic entre le cancer de la peau et celui des glandes, surtout du sein. Cela doit être, puisque dans la peau le pseudo-cancer, affection bénigne, est plus fréquente que le vrai cancer.

8° Le pseudo-cancer de la peau diffère du véritable cancer cutané par les caractères suivants : A. Le premier consiste en hypertrophie d'éléments normaux de la peau ; dans le second, du tissu squirrheux ou encéphaloïde avec ses globules caractéristiques et déposé dans les fibres du derme. *B*. La marche du premier est beaucoup plus lente que celle du second et n'influe que très-exceptionnellement sur la santé générale ; ainsi absence de diathèse et de cachexie qui accompagnent ordinairement le vrai cancer. *C*. Même après une et deux récidives, la chirurgie peut guérir le pseudo-cancer, ce qui n'est guère le cas pour le carcinome. *D*. Les engorgements cancéreux des glandes manquent dans le pseudo-cancer. *E*. On reconnaît dans l'ulcère cancroïde un fond fongueux de papilles, tandis que l'ulcère cancéreux a plutôt un fond grisâtre couvert de sanie, des bords calleux et souvent comme taillés à pic et une base cancéreuse.

9° Là où le bistouri ne peut pas enlever suffisamment le mal, on peut combiner d'une manière étendue l'emploi des caustiques avec l'excision, ou, ce que les progrès modernes de l'autoplastie permettent, la réparation des parties dont la perte défigure beaucoup les maladies ; cela s'applique à la cheiloplastie et la rhinoplastie, surtout au pseudo-cancer de la lèvre inférieure et du nez.

10° L'hypertrophie diffuse de la peau (éléphantiasis des Arabes), l'hypertrophie tubéreuse circonscrite (se rapprochant de la description de l'éléphantiasis des Grecs), diffèrent plutôt par leur forme et leur étendue que par leur structure : c'est le tissu du derme qui est hypertrophié ; ses fibres sont augmentées quantitativement et ses mailles infiltrées d'éléments fibro-plastiques et graisseux. Le tissu plastique se trouve surtout dans l'hypertrophie que nous appellerons fibro-tubéreuse. Le tissu cellulaire sous-cutané participe toujours au travail d'hypertrophie dans l'éléphantiasis diffuse ; l'épiderme ainsi que les papilles sont beaucoup moins altérées ; les nerfs du tissu cellulaire sous-cutané se trouvent parfois

notablement hypertrophiées. L'étude des lymphatiques dans cette maladie est un des besoins de la science, et nous fera peut-être trouver leur dernière cause dans une oblitération. Les muscles au-dessous de l'hypertrophie du derme subissent quelquefois une infiltration graisseuse étendue.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 20 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Peste. — Quarantaines. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la peste.

La discussion si grave que poursuit en ce moment l'Académie, et à laquelle elle a déjà consacré tant de temps, semblait toucher à son terme : deux discours, prononcés à la fin de la dernière séance, sont venus la ranimer.

La question à examiner en ce moment est donc de savoir si la septième conclusion sera conservée ou retranchée ; en d'autres termes, il s'agit de décider si l'académie, ayant posé des principes, doit s'en tenir là, et livrer ces principes à qui voudra bien se charger de les interpréter et de les appliquer, ou bien si, complétant son œuvre, elle indiquera elle-même les conséquences contenues dans les prémisses qu'elles a posées.

Après une longue, discussion l'académie se sépare sans avoir voté sur la 7e conclusion.

SÉANCE DU 27 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Recherches cliniques sur différents points de la pathologie et de la thérapeutique de l'affection saturnine. — M. Legroux lit un mémoire qui se résume dans les propositions suivantes :

1° *L'affection saturnine* est une maladie générale et non une maladie locale du tube digestif.

2° La symptomatologie de cette affection, malgré la prédominance fréquente *de la colique et de la constipation*, phénomènes qui peuvent manquer, accuse une perturbation de l'innervation et de la nutrition.

L'analyse chimique démontre, dans les organes des malades qui succombent, l'existence du plomb, même après deux mois et demi de maladie, comme cela a eu lieu chez un malade cachectique mort au bout de ce temps, après avoir subi divers traitements.

D'un autre côté, l'élimination du plomb absorbé a lieu par la peau, comme le prouve la formation du sulfure du plomb, à la surface de cette membrane, sous l'influence de bains sulfureux, et cela à plusieurs reprises, malgré l'interposition de bains savonneux, à l'aide desquels on enlève le sulfate déjà formé.

Il résulte de ces trois ordres de faits que l'affection saturnine est un

5° On a aussi quelquefois désigné le cancroïde de la face sous le nom de *noli me tangere*. C'est justement l'inverse qui doit être la règle de conduite du chirurgien et le *noli tangere* l'exception.

6° Les récidives du pseudo-cancer, après l'opération, tiennent surtout à ce que le mal existe en germe et peu développé autour du mal plus apparent. Il faut par conséquent faire l'extirpation à une certaine distance dans les parties saines et faire une nouvelle opération dès que le mal reparaît. Bien rarement alors le mal aura une terminaison funeste.

7° Beaucoup de passages dans les auteurs de chirurgie attestent qu'ils ont reconnu la différence de pronostic entre le cancer de la peau et celui des glandes, surtout du sein. Cela doit être, puisque dans la peau le pseudo-cancer, affection bénigne, est plus fréquente que le vrai cancer.

8° Le pseudo-cancer de la peau diffère du véritable cancer cutané par les caractères suivants : A. Le premier consiste en hypertrophie d'éléments normaux de la peau ; dans le second, du tissu squirrheux ou encéphaloïde avec ses globules caractéristiques et déposé dans les fibres du derme. *B*. La marche du premier est beaucoup plus lente que celle du second et n'influe que très-exceptionnellement sur la santé générale ; ainsi absence de diathèse et de cachexie qui accompagnent ordinairement le vrai cancer. *C*. Même après une et deux récidives, la chirurgie peut guérir le pseudo-cancer, ce qui n'est guère le cas pour le carcinome. *D*. Les engorgements cancéreux des glandes manquent dans le pseudo-cancer. *E*. On reconnaît dans l'ulcère cancroïde un fond fongueux de papilles, tandis que l'ulcère cancéreux a plutôt un fond grisâtre couvert de sanie, des bords calleux et souvent comme taillés à pic et une base cancéreuse.

9° Là où le bistouri ne peut pas enlever suffisamment le mal, on peut combiner d'une manière étendue l'emploi des caustiques avec l'excision, ou, ce que les progrès modernes de l'autoplastie permettent, la réparation des parties dont la perte défigure beaucoup les maladies ; cela s'applique à la cheiloplastie et la rhinoplastie, surtout au pseudo-cancer de la lèvre inférieure et du nez.

10° L'hypertrophie diffuse de la peau (éléphantiasis des Arabes), l'hypertrophie tubéreuse circonscrite (se rapprochant de la description de l'éléphantiasis des Grecs), diffèrent plutôt par leur forme et leur étendue que par leur structure : c'est le tissu du derme qui est hypertrophié ; ses fibres sont augmentées quantitativement et ses mailles infiltrées d'éléments fibro-plastiques et graisseux. Le tissu plastique se trouve surtout dans l'hypertrophie que nous appellerons fibro-tubéreuse. Le tissu cellulaire sous-cutané participe toujours au travail d'hypertrophie dans l'éléphantiasis diffuse ; l'épiderme ainsi que les papilles sont beaucoup moins altérées ; les nerfs du tissu cellulaire sous-cutané se trouvent parfois

notablement hypertrophiées. L'étude des lymphatiques dans cette maladie est un des besoins de la science, et nous fera peut-être trouver leur dernière cause dans une oblitération. Les muscles au-dessous de l'hypertrophie du derme subissent quelquefois une infiltration graisseuse étendue.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 20 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Peste. — Quarantaines. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la peste.

La discussion si grave que poursuit en ce moment l'Académie, et à laquelle elle a déjà consacré tant de temps, semblait toucher à son terme : deux discours, prononcés à la fin de la dernière séance, sont venus la ranimer.

La question à examiner en ce moment est donc de savoir si la septième conclusion sera conservée ou retranchée ; en d'autres termes, il s'agit de décider si l'académie, ayant posé des principes, doit s'en tenir là, et livrer ces principes à qui voudra bien se charger de les interpréter et de les appliquer, ou bien si, complétant son œuvre, elle indiquera elle-même les conséquences contenues dans les prémisses qu'elles a posées.

Après une longue, discussion l'académie se sépare sans avoir voté sur la 7e conclusion.

SÉANCE DU 27 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Recherches cliniques sur différents points de la pathologie et de la thérapeutique de l'affection saturnine. — M. Legroux lit un mémoire qui se résume dans les propositions suivantes :

1° *L'affection saturnine* est une maladie générale et non une maladie locale du tube digestif.

2° La symptomatologie de cette affection, malgré la prédominance fréquente *de la colique et de la constipation*, phénomènes qui peuvent manquer, accuse une perturbation de l'innervation et de la nutrition.

L'analyse chimique démontre, dans les organes des malades qui succombent, l'existence du plomb, même après deux mois et demi de maladie, comme cela a eu lieu chez un malade cachectique mort au bout de ce temps, après avoir subi divers traitements.

D'un autre côté, l'élimination du plomb absorbé a lieu par la peau, comme le prouve la formation du sulfure du plomb, à la surface de cette membrane, sous l'influence de bains sulfureux, et cela à plusieurs reprises, malgré l'interposition de bains savonneux, à l'aide desquels on enlève le sulfate déjà formé.

Il résulte de ces trois ordres de faits que l'affection saturnine est un

ou l'on diminue les doses du sirop en raison de l'effet produit. Quand la chorée est à peu près guérie, on reste aux mêmes doses pendant quelques jours; on diminue ensuite, et l'on cesse enfin quand il ne reste plus que ces légères grimaces que les choréiques conservent si souvent.

M. Trousseau regarde le sirop de sulfate de strychnine comme la médication principale; toutefois, il satisfait aux indications : la saignée, s'il y a aménorrhée avec pléthore ; les martiaux, si la chlorose est unie à la danse de Saint-Guy, comme cela arrive si souvent ; les antispasmodiques, si l'hystérie vient compliquer la chorée.

Peste. — Quarantaines, — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la peste et les quarantaines.

Plusieurs orateurs sont successivement entendus.

SÉANCE DU 10 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Peste. — Quarantaines. — M. Prus, après avoir rappelé en quelques mots l'état actuel de la question, par suite du vote de la dernière séance, par lequel l'Académie a adopté le principe de la septième conclusion, donne lecture du premier paragraphe, ainsi conçu :

« Faire surveiller au départ, pendant la traversée et à l'arrivée, par « des médecins sanitaires institués à cet effet, les bâtiments venant de « lieux suspects. » adopté.

L'Académie adopte successivement, après une courte discussion de peu d'intérêt les deuxième et troisième paragraphes.

SÉANCE DU 17 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Peste — Quarantaines. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la peste et les quarantaines.

La discussion est ouverte sur le quatrième paragraphe, ainsi conçu :

« Avec la première patente (*patente nette*), leur imposer (aux bâtiments venant de lieux suspects) dix jours de quarantaine d'observation. Avec la seconde (*patente brute*), quinze jours de quarantaine d'observation. »

M. Guéneau de Mussy demande la suppression de l'article, auquel il propose de substituer une phrase conçue à peu près en ces termes : « Les conclusions trois et cinq indiquant les circonstances dans lesquelles la peste est transmissible et la durée d'incubation, l'Académie s'en rapporte à l'administration pour déterminer la durée de la quarantaine d'observation qu'il convient d'imposer aux bâtiments provenant de lieux suspects. » M. Guéneau de Mussy motive cet amendement sur la convenance qu'il y aurait, à son avis, à ce que l'Académie se bornât à

fournir à l'administration les bases scientifiques du règlement sanitaire pour lequel elle a seule le droit et l'aptitude nécessaires.

M. le Président met aux voix l'amendement de M. Guéneau de Mussy, appuyé par un grand nombre de membres. Cet amendement est adopté.

Cinquième paragraphe. — « Compter cette quarantaine de l'instant du départ; en d'autres termes, y comprendre la traversée. »

M. Guéneau de Mussy propose un changement de rédaction qui lierait ce paragraphe avec l'amendement qui vient d'être adopté. Il s'agirait de dire qu'il n'y aurait aucun inconvénient à comprendre le temps de la traversée dans les limites que l'administration jugerait convenable d'assigner à la quarantaine d'observation.

Cet amendement est mis aux voix et adopté.

SÉANCE DU 24 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Peste — Quarantaines. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la peste et les quarantaines.

M. Prus occupe la tribune. La discussion est ouverte sur le septième paragraphe de la septième conclusion. Ce paragraphe est ainsi concu :

« Laisser à l'autorité sanitaire du port d'arrivée le soin de déterminer « la durée de la quarantaine en cas de peste ou de maladie suspecte à « bord pendant la traversée. »

M. Mêlier propose la rédaction suivante :

« Quelle que soit la patente, s'il y a à bord, pendant la traversée, un « ou plusieurs cas de peste ou seulement de maladie suspecte, les passa- « gers et l'équipage devront être soumis à la même quarantaine que s'ils « arrivaient d'un lieu où régnerait actuellement la peste épidémique.

« Cette quarantaine se fera au lazaret et jamais à bord.

« Le bâtiment sera soumis à une quarantaine de rigueur, dont la durée « et les conditions seront déterminées par l'autorité sanitaire. »

L'amendement de M. Mèlier est mis aux voix. L'académie adopte successivement les trois paragraphes qui le composent.

Huitième paragraphe. — « Provisoirement et jusqu'à ce que des expériences décisives aient été faites relativement à la transmissibité de la peste par les hardes et vêtements, plomber au départ les effets des voyageurs, ou mieux encore, si cela est possible, les soumettre à un bon système d'aération pendant la traversée Adopté. »

Neuvième paragraphe. — « Dans tous les cas, regarder comme inutiles et illusoires les moyens actuellement mis en usage pour purifier les marchandises Adopté. »

SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Peste.— Quarantaines. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la peste et les quarantaines.

Les deux derniers paragraphes sont adoptés après une courte discussion et avec de légères modifications.

M. Prus présente alors à l'Académie la rédaction définitive des conclusions, ainsi conçue :

« *Lieux ou naît la peste.* — I. Dans l'état actuel des peuples et de leur civilisation, les contrées où la peste naît encore sont : en première ligne, l'Égypte, puis la Syrie et les deux Turquies.

« Il est cependant à craindre que la peste ne puisse également se développer sans importation dans les régences de Tripoli, de Tunis et dans l'empire du Maroc ; le même danger ne paraît plus à craindre pour l'Algérie.

« *Causes de la peste.* — II. Les conditions qui déterminent et favorisent le développement de la peste sont, autant que l'observation permet de le constater, l'habitation sur des terrains d'alluvion ou sur des terrains marécageux ; un air chaud et humide, des demeures basses, mal aérées, encombrées ; l'accumulation d'une grande quantité de matières animales et végétales en putréfaction ; une alimentation insuffisante et malsaine ; une grande misère physique ; un état habituel de souffrance morale ; la négligence des lois de l'hygiène publique et privée.

« *Transmissibilité.* — III. La peste à l'état sporadique ne paraît pas susceptible de se transmettre.

« La peste à l'état épidémique est transmissible soit dans les lieux où sévit l'épidémie, soit hors de ces lieux.

« *Modes de transmission.* — IV. Elle se transmet à l'aide de miasmes qui s'échappent du corps des malades ; ces miasmes, répandus dans des endroits clos et mal ventilés peuvent créer des foyers d'infection pestilentielle.

« Aucune observation rigoureuse ne prouve la transmissibilité de la peste par le seul contact des malades.

« De nouveaux faits sont nécessaires pour démontrer que la peste est ou n'est pas transmissible par les hardes ou vêtements des pestiférés.

« Il résulte de recherches faites dans les lazarets européens que, depuis plus d'un siècle, les marchandises n'ont pas transmis la peste.

« *Durée de l'incubation de la peste.* — V. En dehors des foyers épidémiques, la peste ne s'est pas déclarée chez les personnes compromises plus de huit jours après un isolement complet.

« *Prophylaxie de la peste : par l'hygiène.* — VI. Une application éclairée et persévérante des lois de l'hygiène pourrait, en détruisant le causes de la peste, prévenir son développement dans les lieux qui lui donnent encore aujourd'hui naissance.

« *Par la législation sanitaire.* — VII. Faire surveiller, au départ, pendant la traversée et l'arrivée, par des médecins sanitaires légalement assermentés, institués à cet effet, les bâtiments venant de lieux suspects.

« On insistera sur l'emploi d'un bon système d'aération du navire pendant la traversée.

« Il sera délivré au port de départ :

« *Patente nette* en temps ordinaire, c'est-à-dire quand la peste n'existera pas ou n'existera qu'à l'état sporadique ;

« *Patente brute* en temps d'épidémie pestilentielle ou d'imminence d'épidémie.

« Les conclusions III et V indiquent, d'après les faits observés jusqu'à ce jour, quand il y a lieu à imposer des quarantaines et quelle doit être leur durée ; l'Académie s'en rapporte à l'autorité pour déterminer par quels degrés et jusqu'à quel point la prudence permet de rapprocher la pratique des résultats de l'observation.

« La quarantaine sera comptée du jour du départ pour les navires ayant un médecin sanitaire à bord.

« Pour ceux qui n'auront pas de médecin à bord, la quarantaine commencera du jour de l'arrivée en France.

« Quelle que soit la patente, s'il y a eu à bord pendant la traversée ou s'il y a, lors de l'arrivée au port, un ou plusieurs cas de peste, ou seulement de maladie suspecte, les passagers et l'équipage devront être soumis à la même quarantaine que s'ils sortaient d'un lieu où régnerait actuellement la peste épidémique.

« Cette quarantaine se fera au lazaret et jamais à bord.

« Le bâtiment sera soumis à une quarantaine de rigueur, dont la durée et les conditions seront déterminées par l'autorité supérieure.

« Sur tous les navires partant avec patente brute, on continuera à plomber les effets des voyageurs, ou mieux encore, si cela est possible, les soumettre pendant la traversée à une ventilation efficace.

« Regarder comme inutiles les moyens mis en usage pour purifier les marchandises.

« Disposer les lazarets de manière à assurer l'isolement des pestiférés et en même temps une parfaite aération. Les pestiférés devront y recevoir tous les secours et tous les soins qui sont donnés aux malades ordinaires. »

M. le président met aux voix cette rédaction définitive et l'ensemble du rapport.

L'Académie vote en masse pour l'adoption des conclusions.

SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Rétrécissement cartilagineux de l'urètre; traitement par les

scarifications et la dilatation graduée. — M. Guillon adresse la lettre suivante à M. le président de l'Académie :

« Quoi qu'en ait dit M. Villeneuve, président de l'ancienne commission d'Argenteuil, dans certaine note contre laquelle je proteste dès aujourd'hui, et que je me propose d'apprécier et de faire apprécier, quant à ce qui me concerne, à sa juste valeur, une autre fois, je suis toujours au nombre des prétendants au prix fondé par le marquis d'Argenteuil. En conséquence, je viens vous prier de me permettre de soumettre à l'examen de l'Académie le nommé Liot, que j'ai opéré devant vous, monsieur le président, et vos collègues, MM. Bourdon, Castel, Lagneau, Moreau, Nacquart et Renauldin. Cet homme était affecté, vous le savez, de deux rétrécissements fibreux, dont l'un, situé dans la portion spongieuse de l'urètre, accessible au toucher et à la vue, avait été constaté par M. le professeur Velpeau. Ce chirurgien n'ayant pu traverser avec une sonde à dard ce premier rétrécissement, qu'il considérait comme étant de nature cartilagineuse et incurable, avait le projet de recourir au bistouri et à l'opération de la boutonnière pour l'enlever, lorsqu'il consentit à ce que je prisse chez moi le malade pour le soigner par la méthode que j'ai présentée au concours d'Argenteuil, en janvier 1839.

« Aujourd'hui, par suite de l'emploi de cette méthode qui est *mienne* (elle consiste en des incisions plus ou moins nombreuses et plus ou moins profondes, suivant l'indication, qu'on pratique dans les rétrécissements après les avoir convenablement dilatés), Liot, que vous avez déjà vu deux fois, est guéri de ses deux rétrécissements. On trouve à peine des traces de celui qui existait dans la région spongieuse de l'urètre, et qui formait un anneau volumineux qu'on distinguait parfaitement au toucher et à l'œil.

« Je crois devoir faire observer que la guérison aurait été plus prompte si le sujet n'avait point eu, à commencer à sa sortie de l'hôpital de la Charité, un certain nombre de furoncles très-gros accompagnés d'un état fébrile qui m'a forcé plusieurs fois à suspendre son traitement.

« Pour assurer sa guérison, Liot devra continuer la dilatation temporaire pendant quelque temps encore. »

Théorie des fièvres intermittentes ; influence des alternatives de chaud et de froid sur les accès. — M. Piorry fait un rapport sur une lettre de M. Audouard relative à ce sujet. M. le rapporteur s'exprime en ces termes :

Messieurs, vous avez reçu de M. le docteur Audouard une lettre dans laquelle cet honorable médecin revendique, pour son propre compte, la partie de la théorie de M. Durand de Lunel sur les influences des alternations de chaud et de froid, sur la production des fièvres intermittentes. Sa réclamation nous paraît être complétement juste ; car voici

quelques passages du *Compte rendu de l'Académie des sciences* dans le mois de juillet 1842 :

« L'auteur de ce mémoire se propose de prouver que l'engorgement « de la rate, qui accompagne ces sortes de maladies, n'est point le ré- « sultat, mais la cause de la fièvre. Suivant lui, l'action des miasmes, « jointe à l'action, solaire produit dans le sang une modification d'où ré- « sulte bientôt une congestion splénique, et la congestion de cet organe « est suivie d'une fièvre qui est nécessairement périodique. Quant au « type de la périodicité, il dépendrait en grande partie de l'influence de « la chaleur et des saisons. En effet, dit l'auteur, si sur dix fièvres in- « termittentes observées en été neuf sont quotidiennes et une seule « tierce, on est fondé à en conclure que les types quotidiens résultent des « jours les plus longs et les plus chauds ; de même, si sur les fièvres ob- « servées en automne neuf sur dix sont tierces, on sera forcé d'assigner « ce type à l'automne. Une remarque semblable se fera pour la coïnci- « dence des fièvres quartes à l'entrée de l'hiver. Enfin si l'on remarque « que, dans les fièvres quotidiennes, il est très-rare de voir les accès « survenir la nuit, on en conclura que les conditions de cette partie « de la journée où le soleil est au-dessous de l'horizon, sont contraires « à la périodicité. L'observation des fièvres pernicieuses qui règnent « généralement dans les pays marécageux et chauds ne contribuera « pas moins à faire ressortir l'influence de la température, puisque ces « fièvres, dont le type est toujours quotidien ou tierce, ne sont observées « qu'en été ou en automne. »

A la séance du 1er août, M. Audouard lit la seconde partie de son mémoire *sur la périodicité des fièvres intermittentes*, et le termine par les conclusions suivantes :

« 1° Il faut, pour la génération des fièvres intermittentes, l'intoxica- « tion miasmatique du sang et de la chaleur du climat.

« 2° La manifestation de ces fièvres est le résultat de la congestion « sanguine de la rate et de l'influence solaire diurne.

« 3° Les différents types dépendent de la modification de la conges- « tion splénique par la chaleur diurne, laquelle est elle-même dépen- « dante des saisons.

« 4° L'intensité des fièvres pernicieuses vient d'une forte intoxication « miasmatique, que procure et que seconde une forte chaleur atmo- « sphérique : d'où suit une congestion splénique des plus considérables.

« 5° Les fièvres intermittentes simples sont dues à ces mêmes causes, « mais moins intenses. »

M. Audouard, du reste, ne revendique en rien pour lui le rôle singulier que la rate jouerait pour M. Durand dans les fièvres intermittentes. Il n'a jamais dit, et je crois qu'il ne dira jamais que l'organe splénique

contient un liquide putrilagineux, qu'il constitue un petit marais interne, etc., etc.

Il renvoie à M. Durand et l'honneur et la responsabilité de sa théorie. Il annonce l'intention de vous adresser incessamment un mémoire sur ce sujet, et vous le recevrez avec plaisir ; car M. Audouard est un praticien et un pathologiste dont les travaux sont marqués au coin de l'utilité.

Tout en croyant, comme M. Audouard, comme M. Montfalcon, comme M. Durand, etc., que les alternations de chaleur et de froid peuvent avoir une certaine influence sur la marche et la réapparition des accès fébriles, nous pensons en définitive que la périodicité tient à une loi générale du système nerveux, et que la plupart des phénomènes de la vie, soumis à l'influence nerveuse, ont quelque chose de régulier et de rhythmique dans le temps de leur retour. Le cœur bat à des époques rapprochées, mais fixes ; la respiration se renouvelle à des intervalles réguliers ; la faim, le besoin de la défécation et de l'évacuation urinaire ont le plus souvent lieu aux mêmes heures du jour ; le besoin du sommeil, le réveil, se déclarent d'une manière périodique ; la menstruation s'opère, chez les femmes saines, tous les vingt-huit jours, etc. Or il n'est pas étonnant qu'en maladie se déclarent des accidents périodiques. Ils se montrent tels surtout dans les névropathies. C'est ce que l'on observe dans l'hystérie, dans l'épilepsie, dans la rage, quelquefois dans la manie, très-ordinairement dans les névralgies. Chose remarquable ! la périodicité a même lieu dans des souffrances nerveuses déterminées et entretenues par des lésions organiques persistantes, comme on en voit des exemples pour les névrodontalgies, pour les névromes, pour les carcinomes comprimant des nerfs.

Or on ne voit pas pourquoi la rate, malade par suite de toxémie paludéenne, causant des accès évidemment névropathiques, ces accès ne se déclareraient pas aussi d'une manière intermittente et à des heures ou à des jours fixes. La périodicité est donc pour nous un phénomène qui tient de très-près à la vie ; nous ne le comprenons pas plus que l'action nerveuse dont il dépend, et nous ne cherchons même pas à l'expliquer.

L'honorable docteur Audouard a une autre opinion, et sans doute le mémoire qu'il annonce viendra corroborer, par des faits nouveaux et par des inductions logiques, les opinions qu'il a fait valoir. Pour notre part, nous voyons une très-grande difficulté à opposer à sa théorie de l'influence très-grande des alternations de chaleur et de froid sur l'époque fixe de la réitération des accès fébriles ; c'est que ceux-ci, même d'après M. Durand (de Lunel), se déclarent assez souvent la nuit, tandis que la plupart ont lieu le jour, et cela sur des personnes qui ont été soumises aux mêmes influences diurnes et nocturnes. Dans les pays froids, dans

les saisons froides, on voit survenir, bien que rarement, des fièvres d'accès, des névralgies intercostales à gauche ou des splénalgies, des splénites, causant des accès à retour périodique, et dans ces faits difficilement on pourrait se rendre compte de la régularité rhythmique observée dans la réitération des accès fébriles.

Nous vous proposons, messieurs, d'accueillir favorablement la réclamation de M. le docteur Audouard, et de voter sa publication dans votre Bulletin.

Il est quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 15 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Prix proposés pour l'année 1848. — *Prix de l'Académie.* — Établir par des observations exactes et concluantes quelles sont les phlegmasies qui réclament l'emploi des émétiques.

Ce prix sera de 2,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Faire l'anatomie pathologique du cancer.

Ce prix sera de 1,500 fr.

Prix fondé par Madame M.-E. Bernard de Civrieux. — Madame de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur « du meilleur ouvrage sur le traitement *et la guérison* des maladies provenant de la surexcitation nerveuse, » l'Académie remet au concours le sujet de prix de 1846 :

Du suicide.

Ce prix sera de 1,500.

Les mémoires pour ces trois concours, dans les formes usitées et écrits lisiblement en francais ou en latin, doivent être envoyés, francs de port, au secrétariat de l'académie avant le 1er mars 1848.

Prix fondé par M. le docteur Itard, membre de l'Académie de médecine. — Extrait de son testament : « Je lègue à l'Académie royale « de médecine une inscription de 1,000 fr. à 5 pour 100, pour fonder « un prix triennal de 3,000 fr., qui sera décerné au meilleur livre ou « meilleur mémoire de *médecine pratique* ou de *thérapeutique appli-* « *quée ;* et pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il « sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publi- « cation. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 septembre 1846, sera décerné en 1849.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. — Extrait de son testament : « Je lègue à l'Académie de médecine de Paris la somme de « 30,000 fr., pour être placée, avec les intérêts qu'elle produira du « jour de mon décès, en rentes sur l'État, dont le revenu accumulé sera

« donné tous les six ans à l'auteur du perfectionnement le plus impor-
« tant apporté, pendant cet espace de temps, aux moyens curatifs des
« rétrécissements du canal de l'urèthre. Dans le cas, mais dans ce cas
« seulement, où pendant une période de six ans, cette partie de l'art de
« guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionnement assez notable
« pour mériter le prix que j'institue, l'Académie pourra l'accorder à
« l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces
« six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 septembre 1844, sera décerné en 1850. Sa valeur sera de 8,238 fr., plus les intérêts successifs des revenus annuels cumulés pendant ces six années.

N. B. — Tout concurrent qui se fera connaître directement ou indirectement avant le jugement sera, par ce seul fait exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

Les concurrents des prix fondés par MM. Itard et d'Argenteuil sont exceptés de cette disposition.

— L'Académie croit devoir rappeler ici les sujets de prix qu'elle a proposés pour 1847.

Prix de l'Académie. — De l'influence comparative du régime animal et du régime végétal sur la constitution physique et le moral de l'homme.

Ce prix sera de 2,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules.

MM. les concurrents devront traiter les deux parties de cette question en appuyant leurs conclusions sur des observations cliniques et des recherches d'anatomie pathologique éclairées par des investigations physiques et microscopiques.

Ce prix sera de 1,800.

Prix fondé par madame M.-E. Bernard de Civrieux. — Madame Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur « du meilleur ouvrage sur le traitement *et la guérison* des maladies provenant de la surexcitation nerveuse, » l'Académie propose pour sujet de prix :

De l'asthme.

Ce prix sera de 1,000 fr.

SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

L'ordre du jour appelle le renouvellement du bureau pour l'année 1847.

M. Bégin est nommé Président.

M, Bouillaud vice-président.
M. Mèlier secrétaire annuel.

Les membres du conseil, sont : MM. Roche, président sortant, Nacquart et Prus.

REVUE ANALYTIQUE
DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

Journaux allemands, anglais, italiens, etc.

---

18. *Déplacement de la rate et du pancréas, péritonite; mort*; par M. Francisco Alonso.

(Archivo de la medicina espanola y extrangera.)

Encore un cas de cette singulière affection, dont nous avons déjà rapporté deux observations bien détaillées. Les trois faits présentent entre eux une remarquable conformité quant aux phénomènes morbides offerts; car c'est toujours à la suite de symptômes de péritonite et d'étranglement interne que les malades ont succombé. Comme circonstance non moins digne d'attention, nous ferons observer que, chez trois malades sur quatre (en ajoutant à nos trois faits celui rapporté par M. Pétrequin dans son *Traite d'anatomie médico-chirurgicale*), c'est dans la fosse iliaque *droite* qu'on a trouvé le viscère déplacé. Cela ne semble-t-il pas indiquer que ce vice de situation reconnaît plutôt pour cause une anomalie originelle qu'un changement survenu accidentellement durant la vie?

Obs. — Une femme, âgée de 35 ans, sur la santé antérieure de laquelle on n'a eu aucun renseignement, mais maigre et comme cachectique, fut opérée à l'hôpital de deux fistules à l'anus par le procédé de Desault. Tout marchait bien depuis l'opération et annonçait une guérison prochaine, lorsque, le treizième jour, sans aucune cause appréciable, il survint dans tout le ventre une douleur qui s'exaspérait à la moindre pression : vomissements fréquents et bilieux, langue rouge et sèche, soif intense, urines rares, pouls concentré et rapide, constipation. (Applications de sangsues, grands bains, topiques émollients, boissons tempérantes).

Ces symptômes disparurent au bout de quatre jours de traitement, et déjà l'on se flattait d'avoir vaincu cette grave complication, lorsque, après six jours de bonne santé, les symptômes de

péritonite reparurent, plus gradués dans leur marche, mais plus intenses. Les évacuations de sang ne pouvant être multipliées sans danger, vu la faiblesse de la malade, on eut recours aux onctions faites avec 4 grammes d'onguent mercuriel toutes les trois heures. Nonobstant, le ventre se météorisa, les anses intestinales devinrent saillantes à travers ses parois, et l'on remarqua dans la région iliaque droite une tumeur dure, de 3 pouces de diamètre.

Le huitième jour de cette récidive, il se joignit aux phénomènes énoncés des symptômes d'étranglement interne, vomissement stercoral, hoquet fréquent, face cadavérique, pouls presque imperceptible. Ces symptômes persistèrent pendant quarante huit heures et se terminèrent par la mort.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre on remarqua l'injection du péritoine ; les anses intestinales dilatées adhéraient entre elles et aux parois abdominales. L'attention se porta ensuite sur une tumeur correspondant par sa situation à celle qu'on avait observée durant la vie dans la fosse iliaque droite. Après avoir divisé le grand épiploon qui la recouvrait, on pénétra dans une cavité où se trouvait du sang fluide, qui s'écoula aussitôt. Une masse consistante et d'un rouge obsur restait adhérente aux parois de cette cavité, et l'on s'aperçut avec étonnement qu'elle était constituée par la rate. Hypertrophié, ramolli, aisé à déchirer, ce viscère offrait une teinte rouge obscure, se trouvait baigné de sang et adhérait dans les deux tiers de sa surface aux organes voisins. Une sorte de kyste lui était formé en avant par le grand épiploon, en arrière et latéralement par l'intestin grêle, dont les anses adhéraient entre elles. Après les avoir séparées, on constata que la rate, unie par de fortes adhérences à la queue du pancréas, tirait violemment sur ce viscère, lequel, devenu vertical et passant au-dessus du colon transverse, comprimait et étranglait cet intestin près de sa jonction avec le colon descendant.

Rien ne s'offrit digne d'être mentionné dans les autres cavités, non plus que du côté des fistules anales.

---

19. *Traitement de la dilatation du cœur*; par le docteur Bellingham.

(Dublin medical Press.)

Dans l'état de désaccord où l'on est encore aujourd'hui sur le traitement de la dilatation des cavités du cœur, nous pensons que le lecteur parcourra avec intérêt l'article suivant, qui résume en un tableau concis les principales indications sous le point de vue du régime et du traitement que présente cette maladie. La pra-

tique de M. Bellingham est au reste celle qui est adoptée depuis quelques années par la plupart des médecins anglais.

On peut établir comme règle générale que le traitement de la dilatation du cœur doit être tout à fait l'inverse de celui de l'hypertrophie du même organe. Dans un cas nous avons évidemment à combattre une augmentation de nutrition ; dans l'autre, au contraire, c'est un ralentissement ou une diminution de la nutrition que nous devons arrêter. Dans le premier, on doit agir sur un cœur volumineux qui pousse avec une énergie sans cesse croissante le sang dans tout le système artériel ; dans le second, on trouve un cœur qui ne peut chasser son contenu qu'à une courte distance, et qui probablement n'a pas assez de force pour vider complétement ses cavités.

Les points principaux que l'on doit avoir en vue dans le traitement de la dilatation, sont :

1° De faire disparaître, s'il est possible, la cause qui a produit la dilatation ;

2° De calmer la circulation et de décharger le cœur du sang qui le gêne et l'oppresse ;

3° De renforcer les parois du cœur pour qu'il puisse chasser le sang qui le remplit, et empêcher ainsi de nouveaux progrès de la dilatation ;

4° De faire disparaître, ou au moins de diminuer la congestion des poumons, du foie, etc., et les autres effets que produit la gêne de la circulation et cela sans débiliter le malade.

Si la dilatation du cœur est le résultat d'une lésion des valvules, ou si elle a été causée par une adhérence du péricarde à la suite d'une péricardite, on ne peut penser qu'à pallier les symptômes, ces deux altérations pathologiques étant réellement au-dessus de tous les moyens par lesquels on pourrait tenter de les détruire. D'un autre côté, si la dilatation a été produite par une cause qu'il soit possible de faire disparaître ; si, par exemple, elle est survenue à la suite d'efforts musculaires prolongés, ou d'une forte émotion morale, ou si elle a succédé à de fréquentes attaques de bronchite, ou si elle survient chez un sujet débilité par de grandes pertes de sang, quelle qu'en soit la cause ; si elle se développe chez des sujets affaiblis par une maladie antérieure, si vous l'observez chez des individus chlorotiques et anémiques, on peut espérer d'heureux résultats d'un traitement convenable, pour peu que le malade soit jeune, que la maladie ne soit pas arrivée à une période avancée, et qu'elle ne soit pas compliquée d'amincissement ni de ramollissement du tissu des parois.

Pour faciliter la circulation et débarrasser le cœur de la quantité de sang qui le gène et l'oppresse, cet organe doit être maintenu dans un état de repos aussi complet que possible ; ce que l'on obtiendra par le repos, en évitant tout ce qui peut exciter ou agiter l'esprit; par un régime de vie régulier et en combattant les symptômes de dyspepsie qu'on observe si fréquemment dans ces états du cœur. L'alimentation doit être riche, et on doit défendre les boissons très-abondantes. En même temps, on maintiendra les sécrétions à l'état normal, ce qui diminuera la quantité du sang sans nuire à sa qualité. Le dérangement d'estomac est un symptôme fréquent dans le cas de dilatation du cœur, et rien n'est plus propre, dans ces conditions, à produire les palpitations et à augmenter la détresse du malade qu'un dîner considérable ou des aliments peu assaisonnés. Aussi doit-on toujours préférer pour aliments les substances les plus faciles à digérer, et ne les donner qu'en petite quantité à chaque fois, évitant avec le plus grand soin tout ce qui peut occasionner la distension de l'estomac ou la production des gaz. On devra nécessairement varier suivant les circonstances les médicaments destinés à combattre les accidents dyspeptiques : dans un cas, on aura recours aux acides; dans un autre, on devra préférer les alcalis. Quelquefois, on se trouvera bien des carminatifs; dans quelques occasions, on a donné avec succès l'acide hydrocyanique à petite dose.

Dans le but de renforcer les parois du cœur, et pour le mettre à même de chasser tout le liquide qu'il contient, on aura à choisir, suivant les indications, parmi les nombreux toniques; car on ne peut donner de la force au cœur qu'en améliorant la santé générale ; c'est le seul moyen de diminuer ou de retarder l'accroissement de la dilatation. On évitera donc avec soin tout ce qu'on saura devoir débiliter l'économie, et, comme règle générale, on évitera avec grand soin la saignée, la digitale, et tous les autres moyens antiphlogistiques, à quelque classe qu'ils appartiennent. Si la digitale est un remède dangereux à employer dans quelques cas de maladies du cœur, c'est surtout dans ceux de dilatation avancée ou compliquée d'amincissement des parois. Dans ces cas, la palpitation est un effort de la nature dans le but de débarrasser le cœur du sang qui distend ses cavités. En diminuant, par l'administration de la digitale, cette action énergique, nous enlevons la seule sauvegarde qui restait ; l'organe ne peut plus résister au sang qui s'accumule dans ses cavités, et la mort du malade peut être le résultat de cette médication intempestive.

On arrivera à diminuer ou à éloigner la congestion du poumon, du foie, etc., et les autres effets de la gêne de la circulation, par les moyens qui ont été indiqués pour le traitement à suivre dans les cas de lésion des valvules. Mais ici surtout on doit éviter d'employer les médications qui auraient pour résultat d'affaiblir les malades, et on préférera les diurétiques, les diaphorétiques et les expectorants aux cathartiques hydragogues ou aux saignées locales, qui sont si utiles dans d'autres affections du cœur. Comme les extrémités sont habituellement froides, on aura soin d'égaliser la température et d'appeler les liquides à la surface, ce qui diminuera d'autant la congestion des organes internes.

Avant de terminer, nous rappellerons que la dilatation est une affection chronique qui, dans la première période, et lorsqu'elle est peu prononcée, détermine peu d'inconvénients et réclame à peine quelques moyens de traitement; mais qui, lorsqu'une fois elle a fait de notables progrès, offre peu de prise à l'action des moyens internes. Toute amélioration ne peut donc être que lente et graduelle, et, dans beaucoup de cas, on ne peut avoir d'autre espoir que de pallier les symptômes. Conséquemment, le succès du traitement dépendra donc en grande partie de l'exactitude avec laquelle le malade suivra les règles qui lui auront été imposées. S'il vit dans l'intempérance, ou s'il est forcé de travailler pour son pain, la maladie suivra une marche plus rapide; mais si le malade reste tranquille, suit un régime léger, régulier et facile à digérer, si de temps en temps il combat par les moyens convenables les accidents de dyspepsie, il aura l'agrément de savoir qu'il peut retarder l'issue fatale pendant longtemps, et même jouir encore d'une santé passable.

---

20. *Du traitement de la spermatorrhée, par le seigle ergoté*; par le docteur Jarowitz.

(Œsterreichische medicinische Wochenschrift.)

La spermatorrhée est une des maladies les plus difficiles à guérir; aussi a-t-on vanté pour la combattre une quantité de moyens. Il n'est pas toujours facile de choisir au milieu des richesses, et l'on doit regarder comme une chose heureuse quand un de ces moyens de traitement satisfait à une indication bien déterminée. C'est là le cas, ce nous semble, du seigle ergoté. Les propriétés hyposthénisantes de ce médicament, et surtout son action spéciale sur les organes génitaux de la femme, devaient faire songer à l'employer dans la spermatorrhée.

M. Jarowitz, qui l'a expérimenté nombre de fois, le conseille

surtout dans la spermatorrhée due à l'atonie ou à l'irritabilité excessive des organes génitaux. Il l'administre au début à la dose de 4 à 6 grains à prendre 3 fois par jour et à jeun. Le médicament doit être, autant que possible, pulvérisé récemment. Lorsqu'on l'a employé pendant plusieurs jours, on en suspend l'administration pendant 3 à 4 jours pour le reprendre ensuite. On fait prendre en même temps au malade, matin et soir, un bain de siége froid et un lavement à l'eau froide.

Il est très-probable que ces deux moyens aident puissamment à la guérison ; mais l'auteur l'attribue tout entière au seigle ergoté, qui est doué, suivant lui, d'une action spéciale sur les nerfs qui naissent de la partie inférieure de la moelle épinière. Quoi qu'il en soit de ces idées, M. Jarowitz a recueilli douze observations de succès. On en jugera par la suivaute :

Obs. — Un homme de 36 ans, d'une constitution robuste, adonné à la masturbation depuis l'âge de 10 ans, et ayant toujours mené une vie très-débauchée, réclama les soins de M. Jarowitz. A l'âge de 28 ans, il était complétement épuisé ; néanmoins, il se maria. Il chercha alors dans une alimentation tonique et excitante des forces et des facultés que la nature lui refusait. Dans ses dernières années, il devint très-maigre et très-faible, des jambes surtout. La figure était constamment pâle. Il y avait des céphalalgies fréquentes, des vertiges, un affaiblissement très-marqué de la mémoire et des facultés intellectuelles. Il était devenu triste et sombre; il se plaignait de froid aux pieds, de frissons perpétuels le long de la colonne vertébrale. Plus tard. la marche devint incertaine et tremblante, et l'on était presque obligé de le porter. Depuis 4 ans, cet homme avait des pertes séminales toutes les nuits, et sans érection. Dans le jour, il suffisait d'une légère excitation sexuelle pour amener une éjaculation.

Cette maladie fut combattue par tous les moyens connus, y compris l'homéopathie et l'hydropathie, qu'il alla chercher à Grafenberg même, le tout sans aucun succès. M. Jarowitz le soumit à l'usage du seigle ergoté à la dose de 25 centigrammes par jour en 3 fois. Il y ajouta : matin et soir, un bain de siége froid, un lavement froid, et des frictions spiritueuses le long de la colonne vertébrale. Au bout d'un mois, les pollutions ne revenaient plus que tous les quatre ou cinq jours. La dose du médicament fut alors portée à 40 centigrammes, et, après un usage de quatre jours on les suspendait pendant deux jours. L'état du malade s'améliorait de plus en plus. Après six semaines de traitement, on remplaça le seigle ergoté par 25 centigrammes de

l'acétate de fer 3 fois par jour, on continua les autres moyens. L'amélioration fit des progrès, et, après l'usage d'une eau minérale ferrugineuse, la guérison fut complète.

---

21. *De l'essence de térébenthine à haute dose, dans le traitement du purpura hemorrhagica*, par le docteur NELIGAN.

(Monthly journal of medical science.)

Ce médecin rapporte que, pendant qu'il était attaché au dispensaire de la ville de Cork, il y observa huit cas de *purpura hemorrhagica* des plus fâcheux. Le district où ils se montrèrent était le plus pauvre de la ville, et les individus qui en furent atteints avaient été réduits à un état fâcheux de santé par l'excès du travail et l'insuffisance des aliments. Comme tous étaient dans ces conditions, les deux premiers qui se présentèrent furent traités par les toniques et sans succès. Chez le troisième, on employa les purgatifs; mais la maladie était déjà avancée et se termina d'une manière fâcheuse. Les mêmes moyens, employés ensuite chez le quatrième, qui était plus jeune et plus robuste, amenèrent sa guérison.

Le résultat de ces quatre cas, dit M. Neligan, me porta à accorder peu de confiance au quinquina et aux acides dans le traitement de cette affection, et à leur préférer la méthode purgative. Il crut devoir donner la préférence à l'huile de térébenthine qui, à son action cathartique, joint une propriété astringente et stimulante à la fois, et employa ce moyen de traitement dans les quatre cas qui suivirent et se terminèrent tous par la guérison. Il administrait l'huile à la fois à l'intérieur et en lavement; la dose variant, pour les adultes, de 30 à 45 grammes, et chez les enfants, de 8 à 15 grammes; il l'associait à l'huile de ricin pour assurer son action cathartique. Depuis cette époque, continue-t-il, j'ai employé l'huile de térébenthine dans tous les cas de purpura que j'ai eu à traiter, et dans tous avec les plus heureux résultats. Des trois observations rapportées par l'auteur à l'appui de ces assertions, nous ne rapporterons que la suivante, et en l'abrégeant :

J., âgé de 50 ans, est admis le 1er juillet 1845. Tout son corps est couvert de petites taches circulaires de forme et de couleur différentes, du diamètre d'une demi-ligne à une ligne, et variant depuis le rouge du sang artériel jusqu'au pourpre le plus foncé. On remarque, en outre, sur plusieurs points du corps, de larges taches ecchymotiques d'une couleur très-foncée, et qui, ainsi que les petites, ne disparaissent point par la pression. Il se plaint d'un sentiment prononcé de faiblesse, de douleurs dans le dos qui

l'ont complétement empêché de travailler depuis le commencement de sa maladie. Il crache constamment une sérosité sanguinolente ; ses gencives sont saignantes, et il assure avoir rendu du sang par les selles avant d'entrer à l'hôpital. Le pouls bat 60 fois par minute, mais est faible et très-compressible. Le corps est émacié et la physionomie pleine d'anxiété.

Le malade, bien qu'adonné à l'intempérance, avait cependant joui d'une bonne santé jusqu'au moment où il fut pris de cette maladie, il y a environ six mois. Depuis, elle l'a repris plusieurs fois, mais jamais d'une manière aussi grave que la dernière. La première fois, il en fut guéri dans un hôpital ; mais au bout de trois mois, il retomba malade et n'a pas cessé de l'être depuis. On administra immédiatement :

℞	Huile de térébenthine	45 gram.
	Eau de menthe poivrée	60 gram.
	Sirop	

Le 3, après avoir pris la dose entière, le malade a paru comme enivré. Il a beaucoup vomi, et a eu de nombreuses selles où l'on a remarqué quelques grumeaux de sang. Il se sent mieux et mange avec un appétit qu'il n'avait pas eu, dit-il, depuis longtemps. Les taches sont encore plus foncées qu'au moment de l'admission ; on en voit aussi quelques nouvelles, et les crachats contiennent moins de sang.

Le 4, les larges taches ecchymotiques s'effacent et prennent une couleur verdâtre ; les petites commencent aussi à disparaître ; les crachats sont toujours teints par du sang ; il n'y a point eu de selles hier. On donne immédiatement le lavement suivant :

℞	Huile de térébenthine	45 gram.
	Huile de lin	30 gram.
	Décoction d'orge	500 gram.

Le 5, le malade va mieux. Ses crachats seuls contiennent plus de sang ; le lavement n'a amené qu'une seule selle dans laquelle il n'y avait pas de sang. On donne immédiatement :

℞	Huile de térébenthine	30 gram.
	Sirop	45 gram.
	Eau de menthe	60 gram.

Le 7, l'amélioration continue ; pas de garde-robe ; on prescrit la même potion et la portion entière pour les aliments.

Le 12, le malade quitte l'hôpital parfaitement rétabli et ne présentant plus de trace de ces nombreuses taches.

22. *Sur l'efficacité des grands lavements purgatifs dans certaines formes de constipation opiniâtre ;* par le docteur ALFRED HALL.

(Monthly Journal of Medical Science.)

La question traitée dans cet article se rattache à une autre question bien vieille et bien controversée, celle de savoir à quelle hauteur du tube intestinal peuvent pénétrer les liquides injectés par l'anus. L'opinion la plus répandue est qu'ils peuvent monter jusqu'à la valvule de Bauhin, sans jamais la dépasser ; suivant d'autres auteurs, ils ne traversent jamais l'S iliaque. Cette diversité d'opinions devait nécessairement amener des différences dans le mode d'emploi des lavements; et en effet, si l'on consulte sur ce point les ouvrages de médecine pratique, on y trouve les assertions les plus variées sur les effets des lavements et la quantité de liquide qu'il peut être utile d'injecter. Cette question a surtout occupé les médecins anglais. Le docteur Christison, dans la dernière édition de son *Dispensatory*, dit que « si l'on se propose de vider l'intestin (*the gut;* il est probable que l'auteur n'a en vue ici que le rectum), le lavement ne doit pas être de moins de 16 onces ou une pinte. » Le docteur Burns, dans la huitième édition de son *Traité d'accouchement*, sans déterminer précisément la quantité de liquide à injecter en cas de constipation, distingue cependant entre les matières accumulées dans le rectum et celles qui sont encore contenues dans le colon. Contre ces dernières, il conseille de les amener d'abord dans le rectum, au moyen de laxatifs administrés par la bouche, puis de les chasser au dehors par des lavements. Il suppose donc que ces derniers ne pénètrent que peu ou point dans le colon. Suivant le docteur Anthony Thomson (*Éléments de matière médicale et de thérapeutique*, deuxième édition), le volume d'eau à injecter, suivant les différents âges, est d'une pinte pour un adulte et de 5 onces seulement pour un enfant. L'inefficacité des lavements tient souvent à ce qu'ils n'atteignent pas la partie obstruée du canal; car, ajoute le même auteur, ils dépassent rarement l'S du colon. Le docteur Denman (dans son *Traité d'accouchement*, quatrième édition) insiste également sur l'inutilité des lavements dans certains cas d'endurcissement des matières fécales, et n'en conseille l'emploi qu'après avoir divisé ces matières par des moyens mécaniques et pour en entraîner les fragments. A ces auteurs partisans, comme on voit, des lavements à petites doses, on peut en opposer d'autres, en Angleterre même, qui conseillent au contraire d'abondantes injections, notamment MM. Graves (de Dublin), et Marshall-Hall. Ce dernier s'exprime à cet égard d'une manière

très-catégorique. « Si l'on veut laver le colon, dit-il (*Practical observations*, etc.), il convient d'employer la seringue de Read ; *trois pintes* d'eau chaude seront suffisantes. L'injection doit être faite aussi lentement que possible..... De cette manière, l'intestin ne se distend qu'après avoir été rempli ; son action péristaltique est excitée à la longue par la distension même, et, se contractant énergiquement dans toute sa longueur, il chasse d'un seul coup les matières accumulées. »

Il serait facile d'extraire des ouvrages de médecine français, particulièrement des traités d'accouchement et de thérapeutique, des exemples de la même diversité d'opinion, bien qu'en général les lavements à haute dose soient d'un usage commun en France, comme l'atteste l'emploi assez répandu des douches ascendantes. Nous nous bornerons toutefois aux citations précédentes, moins connues de nos lecteurs, et qui ont d'ailleurs servi de point de départ, ou, pour mieux dire, de prétexte aux recherches du docteur Hall.

Voulant enfin savoir à quoi s'en tenir sur cette double question de physiologie et de thérapeutique, le docteur Hall entreprit une série d'expériences propres à déterminer la hauteur à laquelle peuvent parvenir dans le tube digestif les injections pratiquées par l'anus, et, spécialement, la quantité de liquide que peuvent contenir les gros intestins. Voici, en abrégé, la relation des expériences rapportées dans son travail.

La *première* a été faite sur un cadavre. On put injecter facilement, au moyen de la seringue de Read, cinq ou six pintes d'eau mucilagineuse très-claire. Les gros intestins étaient complétement remplis. Le liquide avait même franchi la valvule iléo-cœcale.

Le sujet de la *seconde expérience* était un homme affecté d'un rétrécissement du rectum. Un tube élastique fut porté jusqu'au-dessus de ce rétrécissement; l'on pratiqua l'injection après avoir eu soin de constater par la percussion la vacuité des colons transverse et descendant. Cinq pintes d'un liquide huileux furent ainsi introduites, et la percussion, de nouveau pratiquée, donna un son mat sur toute l'étendue des colons.

La *troisième expérience* fut faite sur un jeune garçon vigoureux nouvellement guéri d'un anévrisme poplité. Le ventre ayant été préalablement percuté, et le cœcum, aussi bien que les trois portions du colon, ayant donné un son clair, le sujet fut placé horizontalement sur le côté gauche, et trois pintes de liquide furent injectées. Alors, on éprouva de la résistance, et l'injection ne put être portée plus loin. La percussion fit reconnaître que ce

liquide avait pénétré jusqu'à l'union des colons transverse et descendant. Le sujet fut placé sur le côté droit, dans le but de s'assurer si le liquide ne se porterait pas du côté du colon ascendant et du cœcum ; et en effet, une nouvelle percussion donna un son obscur dans les régions correspondantes où l'on remarquait une distension manifeste , tandis que la région du colon descendant donnait maintenant un son clair. Trois nouvelles pintes de liquide furent injectées, et après que le sujet eut uriné deux fois, le son devint clair sur toute l'étendue du cœcun et des colons jusqu'à l'S iliaque.

Dans la *quatrième expérience*, une malade affectée de chlorose reçut par l'anus sept pintes d'un liquide huileux, avec addition de sel, qui furent gardées de quinze à vingt minutes. L'évacuation qui s'en suivit remplit un bassin entier. La percussion pratiquée avant et après l'injection prouva encore que les gros intestins avaient été remplis. L'auteur resta même convaincu qu'une bonne partie du liquide avait pénétré dans les instestins grêles, s'appuyant sur ce fait que la distension de l'abdomen était très-considérable et uniforme, et sur le résultat de l'expérience suivante, qui établit que trois pintes de liquide suffisent à remplir les gros intestins.

La *cinquième expérience* a été faite sur un cadavre. La paroi abdominale ayant été préalablement ouverte, on put suivre de l'œil le cours du liquide injecté. Quand trois pintes eurent pénétré, les gros intestins se trouvèrent remplis et distendus. La distension diminua bientôt, le liquide s'étant épanché lentement dans la cavité péritonéale. Une observation attentive fit découvrir dans le *cœcum* et l'*iléon* plusieurs ulcérations, dont deux étaient accompagnées de perforation; d'où il résulte que le liquide avait franchi la valvule de Bauhin.

Dans la *sixième et dernière expérience*, faite également sur un cadavre , huit pintes d'eau furent injectées sans difficulté : le liquide parcourut toute la longueur des intestins et remplit même une portion de l'estomac; une incision cruciale des parois abdominales avait permis de suivre rigoureusement, à travers les parois intestinales, la marche du liquide.

— Le premier fait qui résulte de ces expériences est que, sur le cadavre , un liquide poussé par l'anus peut non-seulement remplir les gros intestins, mais franchir la valvule de Bauhin, circuler dans toute la longueur des intestins grêles et remonter jusque dans l'estomac. Ce résultat matériel n'a rien qui doive étonner ; et, pour notre part, nous n'aurions pas cru bien téméraire d'affirmer *à priori* qu'un liquide, poussé par une force méca-

nique à l'extrémité inférieure d'un tube *inerte* (comme est le tube intestinal d'un cadavre) et supposé exempt de rétrécissement, pût arriver de proche en proche jusqu'à l'extrémité supérieure. Il suffit de jeter les yeux sur la valvule iléo-cœcale pour être convaincu qu'elle est par elle-même, et en l'absence de toute contraction des fibres circulaires de la portion intestinale voisine, incapable d'opposer un obstacle sérieux à un liquide poussé par une force mécanique.

Sur le vivant, le résultat des expériences de M. Hall n'est plus aussi clair. De ce que dans la quatrième, où sept pintes de liquide avaient été injectées, la distension de l'abdomen était uniforme; de ce que, dans une autre expérience faite sur un cadavre, trois pintes avaient suffi à remplir les gros intestins, il conclut que, chez le sujet (vivant) de cette quatrième expérience, le liquide avait pénétré en partie dans l'intestin grêle. Mais d'abord l'uniformité de la distension est moins significative au point de vue dont il s'agit que ne l'eût été la matité générale de l'abdomen; et précisément les résultats de la percussion ne sont notés qu'en ce qui concerne l'état des gros intestins. Ensuite, comment l'auteur n'a-t-il pas remarqué que dans la troisième expérience, faite également sur un sujet vivant, cette même quantité de trois pintes n'avait rempli le gros intestin que *jusqu'à l'union du colon transverse et du colon descendant*, c'est-à-dire dans un tiers environ de sa capacité totale. Dans la seconde expérience, *cinq pintes* remplirent les colons, mais il n'est pas dit qu'elles aient fourni la moindre quantité de liquide aux intestins grêles. Rien donc n'autorise à fixer à trois pintes la quantité d'eau que peuvent contenir les gros intestins, et, partant, de ce qu'un sujet en a reçu plus de trois pintes, on ne peut en conclure, *ipso facto*, qu'il en ait pénétré une partie dans les petits intestins.

Ces remarques ne tendent pas à contester absolument la possibilité, chez un sujet vivant, de porter un liquide jusqu'au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Il est présumable qu'avec un effort un peu considérable, on y parviendrait chez quelques-uns; car, nous le répétons, la valvule ne nous paraît pas constituer à elle seule un obstacle invincible. Mais ce qu'on sait de l'effet ordinaire des lavements autorise à croire que la présence d'une grande quantité de liquide dans les colons et le cœcum détermine, dans la partie inférieure de l'iléon, des contractions qui, en rétrécissant le calibre de l'intestin, permettent le plus souvent à la valvule de l'oblitérer complétement. Au moins pouvons-nous affirmer que le contraire n'est nullement établi par les expériences de M. Hall.

La troisième expérience, en même temps qu'elle montre la

possibilité d'injecter dans les gros intestins, chez certains sujets, jusqu'à six pintes de liquide, vient jusqu'à un certain point confirmer la vue physiologique que nous venons d'émettre. Trois pintes de liquide ayant été injectées, une résistance invincible se fait sentir; le sujet est tourné du côté gauche sur le côté droit, et trois nouvelles pintes pénètrent sans difficulté. Comment attribuer au seul changement de position un dégagement si subit des voies intestinales? Adaptez une seringue à l'extrémité d'un tube recourbé; est-ce que les différentes inclinaisons que vous donnerez à ce tube modifieront en quelque chose la facilité, avec laquelle l'eau y sera poussée par le piston? Il est plus naturel de penser que le changement de position du malade aura déterminé un relâchement momentané des fibres intestinales contractées, et permis au liquide de tomber dans les colons transverse et descendant. Pour ces raisons et pour d'autres encore, tirées de la présence des fèces et des gaz contenus dans les intestins, du plus ou moins de facilité avec laquelle leur quantité même ou la sensibilité du tube digestif permet de les refouler en sens contraire de leur cours physiologique, il nous paraît difficile de déterminer, même approximativement, la quantité de liquide qu'on pourra, chez un sujet donné, administrer en lavement.

---

23. *Traitement des écoulements de l'urètre chroniques par l'application d'un vésicatoire sur le genou.*

(The medical Times.)

Conseiller un vésicatoire contre les suintements urétraux que nul autre moyen n'a pu tarir, c'est là une pratique banale qu'on n'adopte guère que comme dernière ressource sans en espérer presque rien, et uniquement pour ne pas encourir le reproche d'avoir négligé une seule des médications prônées dans les classiques. En outre, on le place en général près du siége de la maladie, sur le périnée, à l'hypogastre, à la face interne des cuisses, etc. M. Deane a suivi une pratique toute différente. Ayant eu à traiter, il y a trois ans, un écoulement qui, pendant dix-neuf mois, s'était montré rebelle aux médications les plus variées, il eut l'idée d'appliquer un vésicatoire autour du genou. Le soir même, il se manifesta une strangurie prononcée; l'urine contenait des fausses membranes. Le lendemain matin, l'écoulement avait considérablement diminué, et au bout de vingt-quatre heures, il avait disparu pour ne plus jamais revenir. — Depuis lors l'auteur a traité de la même manière vingt cas d'écoulements chroniques. Chez neuf de ces malades la guérison a été aussi prompte que ci-dessus, et aucun n'a résisté à cette médication.

Dans quelques-uns de ces cas, il a fallu revenir deux fois à l'application du vésicatoire, et dans un seul, trois fois. Fort de ces succès, ajoute-t-il, le traitement des suintements urétraux ne m'inspire plus maintement aucune inquiétude, quoique néanmoins je ne doive point espérer d'être toujours aussi heureux que je l'ai été jusqu'ici — M. Deane attribue l'heureux effet de ces vésicatoires, d'abord à la révulsion exercée sur ou près d'une articulation, partie dont les métastases blennorrhagiques dénotent, comme on sait, l'étroite sympathie qui les lie à l'urètre. En second lieu, il pense que la strangurie, c'est-à-dire l'irritation vésicale produite par une large application de cantharides, concourt également à déplacer ou á dénaturer le mode d'irritation spécial de l'urètre qui entretenait l'écoulement.

24. *Extirpation d'une tumeur énorme, pesant trente-cinq livres et quatre onces*; par M. Olivares.

(Gaceta medica.)

On rencontre dans plusieurs recueils l'histoire de tumeurs volumineuses extirpées avec succès; et le siége qu'occupait celle-ci semble également être l'un des points où ces masses énormes se développent avec une certaine prédilection. Bien que l'observation suivante ne soit par conséquent pas unique en ce genre (ainsi que le prétend l'élève qui l'a rédigée), elle nous a cependant paru bien digne d'être connue, tant pour la gravité du cas en lui-même qu'à cause des difficultés imprévues et heureusement surmontées qui vinrent compliquer l'opération.

Obs. — Dona Teresa Moares y Campos, âgée de 56 ans, de constitution nerveuse, avait toujours joui d'une bonne santé quand, il y a dix à onze ans, sans autre cause appréciable que d'avoir soulevé un coffre pesant, elle s'aperçut qu'une tumeur du volume d'un œuf de pigeon s'étais formée au côté gauche de la vulve. S'accroissant lentement, mais progressivement, cette grosseur présentait au bout de quatre ans l'aspect d'une tête de fœtus à terme. A cette époque, la malade observa qu'il en naissait une autre de la fesse gauche, laquelle vint peu à peu se rapprocher, puis se confondre avec la première.

La malade conserva longtemps cette infirmité sans oser en parler à personne. Le volume et la pesanteur de la masse morbide gênaient la marche; une ulcération envahit sa partie inférieure et contribuã encore, par la suppuration qu'elle entretenait, à miner les forces. Enfin, elle se décida à appeler M. Olivares, qui, après beaucoup de recherches, s'assura que le vagin, l'utérus et le rectum n'étaient point envahis par cette tumeur, qui les mas-

quait complétement. Il reconnut que sa surface d'implantation s'étendait depuis le bord supérieur du pubis gauche jusqu'à l'épine iliaque postérieure du même côté. La grande et la petite lèvre étaient comme effacées par la pression si longue qu'elles avaient subie. La surface de la tumeur était lisse, si ce n'est quelques rugosités dans sa partie antérieure.

M. Olivares ayant jugé qu'il s'agissait d'un lipome, se décida, sur les vives instances de la malade et de son mari, à en entreprendre l'extirpation, opération toujours difficile et délicate quand il s'agit d'une masse aussi considérable, et plus grave encore chez une malade nerveuse et affaiblie comme l'était celle-ci par des souffrances si anciennes.

Le 16 novembre 1844, le chirurgien commença en faisant deux incisions semi-elliptiques qui circonscrivirent les deux tiers antérieurs de la tumeur, avec la précaution de ménager assez de peau pour reformer ensuite une grande lèvre. Aucune difficulté ne se présenta pour séparer le tissu morbide de ses adhérences profondes, si ce n'est celle que créait la nécessité de suspendre à chaque instant la dissection pour lier les artères ouvertes. Arrivé vers le trou ovalaire, on fut arrêté parce que la tumeur se confondait avec une anse d'intestin qui faisait hernie par cette ouverture. Il fallut détacher soigneusement le sac de cette hernie d'avec le lipome, puis lier les vaisseaux obturateurs très-dilatés.

Deux autres incisions obliques servirent à circonscrire le tiers postérieur de la tumeur, et déjà l'on se croyait parvenu au terme d'une opération qui durait depuis deux heures, lorsqu'on vit une grand quantité d'intestins, enveloppés d'un sac, qui sortaient à travers l'échancrure sciatique adhérant fortement à la tumeur. On dut inciser ces adhérences et lier encore les vaisseaux. Enfin, la tumeur étant complétement enlevée, on put reconnaître distinctement le sac herniaire, et s'assurer que l'échancrure sciatique, qui lui avait livré passage, avait une largeur suffisante pour permettre d'y introduire avec facilité les doigts disposés en forme de cône et la main jusqu'au poignet. Dès que la main était retirée, le paquet intestinal faisait de nouveau hernie. Pour le maintenir réduit, il fallut rapprocher solidement les lèvres de la plaie, ce qu'on fit en y appliquant dix points de suture, et en soutenant ensuite la plaie par un bandage de corps.

Pendant onze jours, il y eut des accidents assez sérieux ; mais ils furent simplement nerveux, et ne s'accompagnèrent jamais d'aucun symptôme annonçant une inflammation des viscères abdominaux. Cependant la plaie marcha toujours à pas de géant

vers la cicatrisation; les troubles de l'innervation se calmèrent eux-mêmes peu à peu, si bien que le 21 décembre (trente jours après l'opération) la malade se levait déjà tous les jours. Aujourd'hui elle est bien guérie, vaque aux soins de son ménage, sans conserver d'autre trace de son affection qu'un bandage destiné à prévenir toute nouvelle sortie de la hernie.

— On regrettera sans doute de ne pas trouver, à la suite de cet intéressant récit, l'exposé des caractères offerts par la masse morbide. Ce renseignement, outre son importance au point de vue de l'anatomie pathologique pure, eût encore pu éclairer la question du mécanisme qui avait présidé au double développement des hernies et de la tumeur. Pour nous, en l'absence de ce précieux document, nous pensons que la masse morbide existait déjà avant que la malade fît un effort, mais qu'elle était alors petite, adhérente au tissu cellulaire sous-péritonéal et bridée par les lames fibreuses qui ferment partiellement le trou ovalaire et l'échancrure sciatique. Par suite de cet effort, la tumeur aura rompu quelques-unes de ces fibres, et se sera précipitée vers l'extérieur en attirant avec elle le péritoine. Plus libre dès lors, on comprend que son développement, inaperçu jusqu'alors, soit devenu très-rapide, et qu'il n'ait pu avoir lieu sans entraîner l'augmentation proportionnelle du volume des parties herniées : semblable en cela à ces tumeurs graisseuses si fréquentes dans la paroi abdominale, et qui, connues sous le nom de *hernies graisseuses*, ne grossissent jamais sans attirer avec elles, par quelque éraillure de l'aponévrose abdominale, un petit sac péritonéal.

---

25. *Nouveau procédé pour l'amputation de la verge;* par M. DE ARGUMOSA.

(Gaceta medica.)

Après l'amputation de la totalité du pénis, dit M. de Argumosa, les opérés ne peuvent uriner sans qu'une partie du liquide excrété ne s'écoule sur les bourses; ils sont donc obligés de s'accroupir ou de s'agenouiller pour remplir cette fonction. La même cause les expose encore aux infiltrations urinaires. L'usage habituel d'une sonde en gomme élastique ne remédie qu'imparfaitement à ce fâcheux effet; car, si bien proportionné que soit son diamètre avec celui du canal, quelques gouttes du liquide trouveront toujours moyen de filtrer entre le corps contenu et le corps contenant, et cela suffira pour perpétuer l'accident.

C'est pour obvier à cet inconvénient que M. de Argumosa a imaginé le procédé suivant, dont, pour le dire en passant, nous

craignons bien qu'on trouve les désavantages supérieurs à la petite incommodité qu'il a pour objet d'annihiler.

Avec un bistouri convexe, on pratique une incision longitudinale depuis la partie inférieure de l'urètre, le long du raphé scrotal, jusqu'au périnée. Les deux scrotums se trouvent ainsi séparés. Une autre incision demi-circulaire part de l'extrémité supérieure de la première, coupe en rond la peau de la base de la verge, et finit au point où on l'avait commencée. On divise alors tous les tissus jusqu'à ce qu'on soit arrivé aux corps caverneux. Il faut disséquer ceux-ci jusque vers leur insertion à la branche ascendante de l'ischion, et l'on termine enfin l'opération en coupant dans les tissus sains. On doit encore faire une petite incision à l'urètre pour le fendre de manière à y faciliter l'introduction de la sonde.

Comme la peau du scrotum et les dartos se rétractent beaucoup, le vide qui s'établit entre les lèvres de l'incision est aussi large que si l'on avait emporté un lambeau elliptique de peau. Après avoir disséqué les téguments de chaque incision, on réunit par la suture le bord scrotal au bord périnéal. De cette manière chaque testicule est enfermé dans une poche distincte, et il reste entre eux une fente dont le large hiatus donne un libre passage à l'urine qui sort du canal.

Ce procédé a été appliqué sur le vivant par l'auteur. Malheureusement l'opéré succomba à une fièvre ataxique, de sorte que l'on ne put juger de l'aspect définitif des parties qu'aurait produit cette modification ni du résultat qu'il en aurait retiré.

---

26. *Extirpation de dix-neuf lipomes du cuir chevelu*; par M. Salazar.

(Gaceta medica.)

Les tumeurs semblables à celles qu'extirpa M. Salazar sont extrêmement communes ; et ce n'est pas non plus le nombre de celles que portait sa malade qui rendrait cette observation particulièrement intéressante ; car on en a bien souvent compté beaucoup plus sur le même sujet. Une seule circonstance distingue ce fait des cas semblables. La malade, femme de 30 ans, était très-gênée par ces tumeurs développées sous le cuir chevelu sur presque toute la surface du crâne, et variant pour le volume depuis celui d'un gros œuf de pigeon jusqu'à un pois chiche. Elle désirait donc ardemment d'en être débarrassée. Cependant le chirurgien, pour éviter les douleurs et la réaction qui devaient suivre une extirpation aussi laborieuse, résolut, comme c'est d'ailleurs l'usage pour les cas de ce genre, de partager l'opéra-

tion en deux ou trois séances. Il commenca donc par pratiquer l'ablation des quatre kystes les plus gros, et il se proposait d'en rester là. Mais la patiente exigea avec une telle véhémence que l'excision fût immédiatement continuée, que l'on dut céder à ses désirs, tout en allant aussi promptement qu'il était possible.

Le lendemain il y avait céphalalgie, rougeur vive de la face, injection des conjonctives, fièvre intense. Diète, orangeade, saignée de 210 grammes, et 30 grammes de crème de tartre, à prendre le lendemain matin. Par cette simple médication, les accidents se dissipèrent, et, toutes les petites plaies marchèrent ensuite rapidement à la cicatrisation.

Quant au procédé mis en usage, ç'a été celui connu et employé vulgairement. Faire une petite incision cruciale pour les plus grosses tumeurs, longitudinale pour celles d'un moindre volume; détacher ensuite les adhérences du kyste en promenant entre sa surface et celle des téguments une sonde cannelée, sans se servir du bistouri qu'en cas de besoin; enfin l'énucléer avec une pince à anneaux. Dans cette série de petites manœuvres, M. Salazar avertit avec raison de toujours ménager les lambeaux et de ne pas disséquer leur face interne plus loin qu'il n'est strictement nécessaire; de la conservation de leur vitalité dépend en effet la possibilité de la réunion par première intention et par suite la régularité de la cure.

---

27. *Nouvelle pince cystotome*; par M. Roméro y Linares.

(Gaceta medica.)

L'instrument que M. Romero y Linares propose sous ce nom remplirait à la fois, dans l'opération de la taille, le double office de lithotome et de tenettes : il diminuerait la longueur des manœuvres et préviendrait toute chance de distendre et de déchirer les bords de l'ouverture faite à la prostate, puisqu'il proportionnerait toujours et sûrement la largeur de cette ouverture au volume du calcul qui doit la traverser. Voici sa description telle que la donne l'auteur.

L'instrument se compose d'une pince dont les extrémités des mors sont configurées de manière à saisir la pierre. Dans l'épaisseur de chacune des branches est placée une petite lame destinée à sortir lorsque la pierre est chargée, afin de diviser le col de la vessie au moment où l'on retire le corps étranger.

La formation générale de l'instrument est celle d'une pince à anneaux; sa longueur et son volume seront les mêmes que celles du cystotome double de Dupuytren, et il faudra aussi que l'extrémité qui doit être introduite dans la vessie se termine par

une pointe obtuse pour pouvoir glisser dans la rainure du cathéter.

Les deux petites lames devront être extrêmement déliées et tranchantes; on les disposera de telle sorte que leur dos fasse saillie à la face interne des branches de la pince. Un ressort fixé à vis sur cette face interne maintient les lames dans cette situation, pour que leur tranchant ne puisse jamais proéminer à l'extérieur, si ce n'est quand la pierre, engagée entre les mors de la pince, vient presser sur leur dos. On comprend que, par ce mécanisme, les tranchants qui, sortis, ne dépassent que d'une à deux lignes le niveau de la face externe des branches, ne donnent jamais lieu à une incision plus large que ne l'exige le volume du calcul, puisque c'est le volume même de ce calcul qui en règle les dimensions au moment de son extraction. Il est nécessaire que l'extrémité supérieure de la petite lame soit arrondie; et, en outre, elle ne doit pas être tranchante dans ses trois ou quatre premières lignes.

— Le rédacteur de la *Gaceta medica* reproche à cet instrument sa construction compliquée; il craint aussi que ces petites lames, destinées à diviser le col de la vessie, ne puissent léser le corps de ce réservoir quand la pince y est introduite pour chercher le calcul. C'est pourquoi il conclut à son rejet. Nous pensons, quant à nous, qu'un jugement aussi sommaire ne serait pas justement applicable à un mécanisme qui paraît fondé sur l'entente la plus rationnelle des véritables indications à remplir dans l'opération de la taille. Il est bien positif qu'on ne pourra jamais se dispenser, avec cette nouvelle pince, d'inciser préalablement le col de la vessie, car sans cela l'introduction en serait presque toujours impossible, et ce n'est sans doute pas de cette manière que l'auteur pense l'employer. Mais si, après avoir modérément débridé le col et la prostate, on peut réussir à charger convenablement le calcul avec cette pince, nous estimons qu'elle en rendra l'extraction plus facile, plus exempte des tiraillements qui sont presque toujours l'origine d'infiltrations urineuses mortelles. Et quant à la crainte d'exposer les parois vésicales à être incisées involontairement pendant l'opération, nous ne voyons pas que cet accident soit beaucoup plus à redouter en employant l'instrument avec prudence, que lorsqu'on déploie dans la vessie l'un des lithotomes ordinaires.

— Un journal espagnol (*Archivo de la medicina*) nous apprend qu'un instrument presque identique par la forme et même par le nom avait déjà été imaginé en 1775 par le célèbre Gimbernat.

28. *Tumeur volumineuse de la jambe et de la cuisse ; amputation ; guérison* ; par M. Rafael Diez.

(Archivo de la medicina espanola y extrangera.)

Obs. — Le 22 juin 1845 fut reçue à l'hôpital civil de Santa-Maria une femme de 35 ans, assez maigre, portant une tumeur énorme au genou gauche. Développée huit mois auparavant, à la suite d'une chute sur cette partie, la tumeur, au moment où on l'examina, occupait l'espace qui s'étend depuis le tiers supérieur de la cuisse jusqu'à la moitié de la jambe et masquait complétement la forme de l'articulation tibio-fémorale. Une ulcération existait sur sa face interne. Partout ailleurs la peau était saine, sauf quelques veines volumineuses qui se dessinaient sous sa face profonde. Le diamètre vertical de cette masse était de 14 pouces, le transversal de 11, l'antéro-postérieur de 9. Le sommeil et l'appétit étaient assez bons ; il n'y avait pas de douleurs.

L'absence de ce dernier symptôme, signe pathognomonique de l'ostéo-sarcome, inspira quelques doutes sur le diagnostic. Toutefois, après une consultation, l'amputation fut décidée ; elle fut pratiquée, le 1er juillet, à la partie supérieure de la cuisse, et la peau fut réunie ensuite par quelques points de suture. Les suites de l'opération n'offrirent qu'une seule circonstance digne d'être notée. Le cinquième jour, une hémorrhagie extrêmement abondante s'étant faite par le moignon, on se disposait déjà à couper les points de suture pour arrêter le sang, lorsqu'on s'aperçut qu'il avait de lui-même cessé de couler. Depuis lors aucun accident ne survint. Les ligatures tombèrent le vingtième et le vingt-sixième jour, et la malade était parfaitement guérie quand elle quitta l'hôpital, deux mois et huit jours après l'opération.

La tumeur pesait 24 livres. La peau et le tissu sous-cutané offraient leur apparence normale ; mais, à partir du *fascia superficialis,* tous les tissus étaient confondus en une masse putrilagineuse, parsemée de caillots sanguins noirâtres. Le fémur, le tibia et la rotule (les deux premiers dans leur portion correspondante à la tumeur) avaient participé à cette dégénération, et présentaient tous les caractères de l'ostéosarcome.

---

29. *Anévrisme de la fémorale droite, ligature de l'iliaque externe ;* par M. de Calvo.

(Gaceta medica.)

La crainte de voir le membre inférieur frappé de gangrène empêcha longtemps les chirurgiens de porter un fil sur l'iliaque externe. Mais depuis 1796 que cette opération fut pratiquée pour

la première fois, tant de cas de succès ont été publiés que cette appréhension n'arrête guère plus personne. Il convient cependant que les opérateurs ne soient pas à cet égard rassurés outre mesure. L'imminence du sphacèle, quoique moins probable qu'on ne l'avait cru *à priori*, ne doit point pour cela être tout à fait perdue de vue. C'est ce que rappellera la lecture du fait suivant, où, à la vérité, les fâcheuses conditions dans lesquelles la ligature dut être faite, et peut-être une prédisposition individuelle à la gangrène, ne laissaient pas beaucoup d'espoir d'une terminaison plus favorable.

Obs. — Contera, âgé de 31 ans, laboureur, eut en 1832-33 des bubons et une congélation du pied gauche. Il y a un an, il sentit au milieu de la cuisse une douleur qui se reproduisit ensuite à intervalles plus ou moins longs. Il y a quatre mois, à la suite d'un léger effort, il éprouva au même point une sensation de déchirure et y aperçut aussitôt une tumeur du volume d'un œuf de poule.

Quand il se présenta à la Clinique chirurgicale, la tumeur avait acquis la grosseur d'une orange; elle était située à la partie moyenne et interne de la cuisse, offrant des pulsations isochrones, nn bruit de souffle à son centre, taches à la peau semblables à des piqûres de puce, douleurs qui empêchaient de marcher et causaient parfois de l'insomnie, symptômes généraux insignifiants. On exerça une compression modérée sur la région malade.

Depuis le 25 décembre 1845, jour de l'entrée, jusqu'au 24 février 1846, la tumeur ne fit que s'accroître, des taches gangréneuses se manifestèrent à sa surface ainsi que des escarres au sacrum. Le membre s'infiltra au-dessous : pouls petit et dur, abattement, amaigrissement. Enfin, le 29 février, la tumeur mesurait 2 pieds 1 pouce 5 lignes dans sa plus grande circonférence et menaçait de se rompre. En cet état, M. de Calvo jugea que la ligature de l'iliaque externe offrait seule quelques chances au malade ; il la pratiqua donc ce jour-là, selon le procédé d'A. Cooper. Aussitôt après l'opération terminée, il y eut du soulagement et les douleurs disparurent presque instantanément. Malheureusement la circulation ne put se rétablir, et en douze jours la gangrène du membre fit succomber le malade. (Le texte ne contient pas d'autres détails sur cette terminaison.)

L'autopsie montra que le vaisseau avait été lié au-dessus de l'épigastrique. Le caillot sanguin qui oblitérait l'artère n'avait que 3 lignes de hauteur. Les parois de la fémorale manquaient dans l'étendue d'un pouce et demi au-dessus de l'anneau du troisième adducteur. On reconnut que l'état du vaisseau aurait permis de

le lier au-dessous de l'arcade crurale, si le volume de la tumeur n'avait pas mis obstacle à ce qu'on pût opérer en ce point.

Qui a empêché le chirurgien de songer plus tôt à la ligature du vaisseau?

---

30. *Calcul urinaire de* 101 *grammes rendu spontanément par l'urètre d'une femme;* par M. Carrio.

(Gaceta medica.)

Bartholin, Borelli, Heister, Collot, Morand, etc., citent des exemples de calcul aussi gros et plus gros que celui-ci sortis d'eux-mêmes à travers l'urètre dilaté. Mais ces faits, quoique fort authentiques, ne font jamais sur l'esprit la même impression que des cas plus récemment observés; et la foi éprouve en quelque sorte le besoin de se retremper de temps en temps à des sources nouvelles. L'observation suivante satisfait à merveille à ces conditions, car sous le rapport de l'exactitude des détails, elle laisse fort peu à désirer.

Obs. — Une femme âgée de 66 ans fit appeler M. Carrio. S'étant toujours bien portée jusqu'à 56 ans, elle fut prise à cette époque de rétention d'urine. Depuis lors elle continua à souffrir du côté des voies urinaires. Ses souffrances s'étaient exaspérées en dernier lieu : douleur lancinante vers le col de la vessie, émission goutte à goutte d'urines sanguinolentes d'une odeur insupportable, laissant au bout de quelque temps déposer un sédiment composé d'un sable rouge et de mucocité ; langue rouge et pointillée, soif, pouls dur et fréquent, quelques vomissements, chaleur générale.

L'auteur avait déjà préparé un plan thérapeutique pour remédier à ces symptômes, lorsque, à son grand étonnement, il les trouva un matin entièrement dissipés. La malade avait rendu par l'urètre, avec des douleurs plus vives que celles de l'accouchement, un calcul plus gros qu'un œuf de poule. De forme ovoïde, il avait 3 pouces 5 lignes de longueur, 2 pouces 7 lignes de largeur, et pesait le poids mentionné dans le titre de l'observation. Sa surface était lisse. Après l'avoir scié, on reconnut qu'il était composé de trois couches concentriques : les extérieures constituées par le phosphate ammoniaco-magnésien et le carbonate de chaux et de magnésie; le noyau était d'acide urique.

Le texte ne dit pas s'il y a eu ensuite une incontinence d'urine durable. On a vu ce symptôme, effet ordinaire d'une dilatation aussi considérable de l'urètre, cesser au bout de quelque temps chez des femmes où le volume du calcul évacué égalait au moins celui-ci.

31. *Opération césarienne vaginale faite pour une oblitération complète de l'orifice utérin* ; par M. DE CORRAL Y ONA (1).

(Gaceta medica.)

L'observation dont nous allons rapporter l'histoire mérite assurément, par l'exactitude des détails, par la délicate précision du procédé ainsi que par la beauté du résultat, de figurer dans le petit nombre des cas bien constatés de ce genre que possède la science.

OBS. — Dona Maria Trinidad Pineyro, âgée de 29 ans, robuste, de tempérament lymphatico-sanguin, fut réglée à 16 ans : depuis lors, elle eut continuellement une dysménorrhée très-douloureuse jusqu'à il y a deux ans. A cette époque, elle devint enceinte pour la première fois et accoucha sans autre accident que les lenteurs inséparables d'une première parturition.

Devenue de nouveau enceinte et étant à terme, elle sentit les douleurs dans l'après-midi du 1er février 1845. L'auteur fut appelé à une heure avancée de la nuit par le professeur Alarcos, qui lui dit n'avoir pu rencontrer l'orifice de l'utérus. La malade était à ce moment tourmentée par de fortes douleurs expultrices. M. de Corral toucha à son tour : à la réunion du tiers supérieur de l'excavation avec son tiers moyen, il rencontra une tumeur hémisphérique dure, égale et lisse, évidemment constituée par la tête de l'enfant recouverte par la partie inférieure de la matrice. En parcourant avec le doigt toute la surface de cette tumeur ainsi que celle du vagin jusqu'à l'insertion de ce conduit à l'utérus, on ne put découvrir ni orifice ni aucun vestige qui en accusât la présence ; seulement, dans la partie postéro-supérieure du vagin, vers le point qui devait correspondre à la lèvre postérieure du museau de tanche, on trouva deux ou trois plis transversaux s'entre-croisant à angles très-aigus, durs, et qui étaient sans doute des cicatrices. A travers le rectum on sentait parfaitement la tête du fœtus. Une sonde placée dans la vessie, après avoir dépassé le col, heurtait contre la tête ; en la dirigeant vers le fond supérieur de cette cavité, elle ne pouvait passer entre le pubis et la tête ; poussée par en bas, elle glissait de manière à ce qu'on pût facilement distinguer son extrémité au travers des parois de la vessie et de la matrice. Il était par conséquent indubitable que la tête fœtale, en descendant dans l'excavation, avait poussé la vessie plus que d'ordinaire en bas et en arrière, l'aplatissant d'arrière en avant. En outre, le méat urinaire était telle-

(1) Cet article a déjà été inséré dans les Annales de la Société de médecine de Willebroek.

ment dilaté que l'auteur put sans difficulté y passer le petit doigt avec lequel il sentit si distinctement la tête qu'elle lui semblait n'être recouverte que par les membranes.

Sur ces données et après mûre délibération, on décida qu'il existait une oblitération complète de l'orifice utérin, déterminée par l'adhésion de ses lèvres, que la tête était en position occipito-antérieure, qu'enfin, à cette oblitération, seul obstacle à la terminaison de l'accouchement, on ne pouvait remédier que par l'hystérotomie vaginale.

En conséquence, on procéda à l'opération avec l'assentiment de MM. Villannem y Solis, Nieto y Serrano, Uriarte, Usera et don Ramon Segovia, et en présence des quatre derniers.

La malade, couchée comme à l'ordinaire pour ces opérations, l'un des assistants introduisit dans le vagin les doigts index et médius de la main droite, leur face palmaire tournée en haut et en avant, pour les appuyer sur la partie antérieure de la tumeur fœtale et élever en même temps le fond inférieur de la vessie. L'auteur introduisit les mêmes doigts de la main gauche, leur face palmaire tournée en bas et en arrière, et les appuya sur la partie postérieure de la même tumeur, sur les limites du vagin et de l'utérus. De cette façon, la vessie, le vagin et le rectum se trouvaient sûrement protégés. En outre, ces quatre doigts ainsi placés circonscrivaient un espace large d'environ un pouce dans le sens antéro-postérieur, lequel répondait à la partie la plus saillante de la tumeur. L'auteur porta alors dans cet espace un bistouri convexe, à manche fixe, dont la lame était entourée d'un ruban jusqu'à 4 ou 5 lignes de son extrémité, et il pratiqua à droite, sur la paroi utérine, dans la région correspondant au museau de tanche, une incision transversale longue de 6 lignes, coupant avec précaution les parties de dehors en dedans et suivant avec le bout du doigt les progrès de l'incision, afin de ne pas atteindre la tête de l'enfant, qui était intimement adossée à la paroi utérine. Cette paroi avait de 2 lignes et demie à 3 lignes d'épaisseur. Un conducteur à bouton servit alors à agrandir l'ouverture dans l'étendue de 2 pouces et demi à 3 pouces. Le reste fut abandonné aux efforts de la nature. Effectivement, en moins d'une heure, sous l'influence de douleurs devenues plus énergiques, la tête sortit, distendit, puis rompit les membranes. Deux heures après l'opération finie, l'accouchement se termina sans hémorrhagie et sans autre accident qu'une déchirure incomplète du périnée.

L'enfant, né dans un état de syncope dépendant de la longue compression qu'il avait soufferte, put être ranimé. La sécrétion

laiteuse s'accomplit convenablement. L'accouchée eut une fièvre intermittente erratique dont elle guérit par la diète et l'administration du sulfate de quinine.

Il y a plus d'un mois aujourd'hui que l'accouchement a eu lieu. La mère est bien portante, quoique faible. Le nouvel orifice a donné issue aux lochies. Il laisse facilement pénétrer l'extrémité du doigt. On se propose de le maintenir ouvert par l'usage des moyens dilatants.

Quelques accoucheurs ont nié l'existence de l'occlusion complète de l'orifice utérin. Dans les cas, ont-ils dit, où l'on n'a pu trouver cette ouverture, elle existait néanmoins ; mais elle était dissimulée par une obliquité postérieure très-prononcée qui n'a pas permis au doigt de l'explorateur d'y arriver. Ce raisonnement peut être très-valable pour certaines observations et pour certains observateurs; mais on ne saurait se retrancher derrière lui dans le cas présent, puisqu'il est formellement exprimé dans le texte, que le doigt parcourut toute la circonférence supérieure du vagin, dans le point où ce conduit s'unit avec l'utérus, sans rencontrer nulle part l'ouverture du col. L'orifice n'avait donc pas échappé au doigt pour être situé trop en arrière, puisque le doigt atteignit un point situé encore plus en arrière que le lieu qu'il occupe.

POLICE MÉDICALE.

32. *Rapport et ordonnance sur la vente et l'emploi des substances vénéneuses en France.*

(Journal de Chimie médicale, décembre 1846.)

L'ordonnance relative à la vente des substances toxiques devant être bien connue des pharmaciens, nous nous empressons de la publier ainsi que le rapport fait par M. le ministre du commerce de France.

Rapport. — La législation actuelle sur la vente et l'emploi des substances vénéneuses se réduisait, avant la loi du 19 juillet 1845, aux articles 34 et 35 de la loi du 21 germinal an XI. L'article 34 statue que les substances vénéneuses seront tenues sous clef dans les officines des pharmaciens et *dans les boutiques des épiciers;* qu'elles ne pourront être vendues qu'à des personnes connues et domiciliées qui pourront en avoir besoin *pour leur profession ou pour cause connue*, à peine de 3,000 francs d'amende. L'article 35 prescrit en outre, aux pharmaciens et épiciers, la tenue d'un

registre coté et paraphé pour l'inscription des ventes de substances vénéneuses.

Ces dispositions, empruntées en partie à l'édit de juillet 1680, ont été, dès les premiers moments, frappées d'une déplorable impuissance; l'absence de toute nomenclature légale des substances vénéneuses, la faculté accordée à tout le monde de vendre librement ces substances, leur emploi journalier pour le chaulage des grains, pour la destruction des insectes et des animaux nuisibles, pour le traitement des animaux domestiques, etc., enfin, l'élévation de la peine unique prononcée par la loi de germinal an XI, ont été autant de causes du relâchement qui s'est introduit dans le régime applicable à la vente des poisons. De là peut-être une partie des crimes qui, dans ces dernières années surtout, ont affligé la société.

La loi du 19 juillet 1845 a été rendue pour faire cesser un état de choses si funeste à la sécurité publique. Elle abroge les dispositions législatives de l'an XI, qui mettaient obstacle à l'action du gouvernement dans une matière qui, par sa nature, appartient essentiellement à son domaine, et elle arme d'une sanction pénale plus efficace les ordonnances royales qui seront publiées pour régler le commerce et l'emploi des substances vénéneuses.

Le premier usage à faire de cette loi était difficile; un certain nombre de substances réputées vénéneuses sont nécessaires pour l'exploitation de plusieurs industries, et elles ne peuvent y être remplacées par des substances différentes; d'autres sont d'une production si facile ou si peu coûteuse, que l'usage s'en est répandu même dans l'économie domestique. Etait-il convenable, était-il possible de proscrire d'une manière absolue la vente de ces substances?

J'ai chargé une commission spéciale, composée des hommes les plus compétents, d'examiner cette question importante. Frappée, comme le gouvernement, des motifs de haute moralité qui pouvaient faire désirer la prohibition absolue de certaines matières, elle s'est livrée à une enquête attentive; elle s'est entourée des lumières de tous les hommes spéciaux; elle a réclamé et obtenu les avis de la Faculté de médecine, de l'Ecole de pharmacie et de l'Ecole vétérinaire d'Alfort. De ce travail, il est résulté pour elle et pour moi-même la conviction qu'une prohibition absolue était impossible, que seulement l'emploi de l'arsenic (acide arsénieux) pouvait être interdit ou restreint dans plusieurs usages, et que des précautions spéciales pouvaient être ordonnées pour l'achat, la vente et l'emploi d'un certain nombre

de substances toxiques, dont la nomenclature devait être jointe à l'ordonnance à intervenir.

La loi du 21 germinal an XI, comme l'édit de 1680, ne désignait en effet nominativement comme substances vénéneuses, que l'arsenic, le réalgar et le sublimé corrosif; j'ai chargé successivement le Conseil de salubrité du département de la Seine, l'Ecole de pharmacie et le Comité consultatif des arts et manufactures attaché à mon département, de dresser la liste des substances à soumettre au régime de l'ordonnance. Ce travail, long et difficile, a été fait avec le plus grand soin; chaque article a dû être l'objet d'une étude spéciale pour en connaître l'emploi médical, pharmaceutique ou industriel. Un grand nombre dont on ne se sert que pour la médecine des hommes ou celle des animaux ont été rangés sans hésitation dans cette nomenclature; d'autres ont été laissés en dehors pour ne pas créer au travail national des entraves que ne commandait pas une nécessité absolue. L'expérience fera connaître quelles modifications ultérieures il sera nécessaire d'apporter à cette liste, et sa forme même permettra de les réaliser facilement.

Quant aux dispositions du projet d'ordonnance que j'ai l'honneur de soumettre à l'approbation de Votre Majesté, et qui sont destinées à remplacer les articles 34 et 35 de la loi du 21 germinal an XI, elles ont été l'objet d'une discussion approfondie au sein du Conseil d'Etat : mais je dois rendre particulièrement compte à Votre Majesté des motifs qui ont dicté les prohibitions que renferme cette ordonnance.

Dans quelques départements on a, depuis longtemps, l'usage de préparer le blé de semence au moyen de l'acide arsénieux, dans l'espoir de détruire les séminules de quelques végétaux microscopiques qui, se développant plus tard, produisent la carie, la rouille ou le charbon, ou bien d'empoisonner certains animalcules, tel que le vibrion du blé, qui, se rencontrant dans la semence, peuvent se propager par la tige et par suite pénétrer dans l'épi et détruire une partie de la récolte.

Tous les renseignements recueillis tant par mon département que par la commission dont j'ai mentionné plus haut l'excellent travail, s'accordent à établir, d'une part, que l'emploi de l'acide arsénieux pour le chaulage du blé est une des applications de cette substance qui la font parvenir le plus fréquemment en des mains criminelles; d'autre part, que si l'acide arsénieux réussit à détruire les insectes qui attaquent le blé de semence ou les animalcules qu'il recèle, il est à peu près démontré que son emploi pour la destruction des végétaux microscopiques reste sans

efficacité ; enfin que des procédés nombreux parfaitement connus et souvent éprouvés, tels que l'emploi du sulfate de cuivre, celui de la chaux, mêlée de sulfate de soude, offrent à la fois l'avantage de mettre entre les mains de l'agriculteur des moyens de détruire les végétaux et animaux microscopiques que renferme le blé de semence, et d'en favoriser souvent la germination et la végétation, sans exposer la société à aucun péril.

Ces considérations m'ont déterminé à proposer à Votre Majesté de proscrire d'une manière absolue l'emploi de l'arsenic pour le chaulage des grains.

La destruction des insectes et des animaux nuisibles s'opère généralement aussi au moyen de préparations arsénicales ; j'ai fait rechercher la possibilité d'y substituer d'autres matières, et déjà il a été constaté qu'en Suisse le *quassia amara* a remplacé avec un plein succès le *cobolt* ou arsenic métallique pour la destruction des mouches. Malheureusement, nous ne sommes pas encore arrivés au même résultat pour la destruction des animaux nuisibles, tels que les rats, mulots, etc., dont la multiplication porte souvent la désolation dans les exploitations rurales. Mais, en tolérant provisoirement pour cet usage la continuation de l'emploi de l'arsenic, j'ai pensé, avec la commission, qu'il était possible, sinon de faire disparaître entièrement les dangers de cette tolérance, au moins de les atténuer sensiblement en substituant à l'acide arsénieux, qui est aujourd'hui délivré en nature, une préparation arsénicale composée de manière non-seulement à rendre toute méprise impossible, mais encore à prévenir, par sa consistance, son odeur, sa saveur et sa couleur, toute tentative de crime. L'Ecole royale de pharmacie est chargée de composer cette préparation, jusqu'à ce qu'il ait été possible de la remplacer par une autre matière. La formule de cette préparation, qui ne pourra être vendue que par les pharmaciens, sera inscrite au Codex.

Des considérations analogues s'appliquent à l'arsenic pour le traitement des animaux domestiques. Cette matière entre, avec un incontestable succès, dans le traitement des maladies cutanées des chevaux, des moutons, etc. Les études que j'ai ordonnées permettront, je l'espère, de trouver prochainement les moyens de la remplacer avec la même efficacité par une autre substance ; mais jusque-là il était nécessaire d'en tolérer la vente. L'ordonnance soumise à Votre Majesté subordonne cette vente à des précautions semblables à celles qui sont prescrites pour la destruction des animaux nuisibles. Le concours éclairé du conseil des professeurs de l'Ecole d'Alfort me permet de compter

que le but sera atteint avec toute garantie pour la sûreté publique.

Les autres dispositions, Sire, s'expliquent et se justifient d'elles-mêmes. J'espère que l'ensemble du projet obtiendra l'assentiment de Votre Majesté. Elaboré avec soin, il concilie autant que possible la liberté due aux travaux de la science et de l'industrie avec les intérêts sacrés de l'humanité et de la morale publique, et j'ai la conviction qu'aidé de l'action ferme et vigilante de la justice, il tendra à donner à la société des gages de sécurité pour l'avenir.

Ordonnance royale.

Louis-Philippe, etc. ;

Vu la loi du 10 juillet 1845, portant :

« Art. 1er. Les contraventions aux ordonnances royales, portant règlement d'administration publique sur la vente, l'achat et l'emploi des substances vénéneuses, seront punies d'une amende de 100 francs à 3,000 francs, et d'un emprisonnement de six jours à deux mois, sauf application, s'il y a lieu, de l'article 463 du Code pénal.

« Dans tous les cas, les tribunaux pourront prononcer la confiscation des substances saisies en contravention.

« Art. 2. Les articles 34 et 35 de la loi du 21 germinal an XI seront abrogés, à partir de la promulgation de l'ordonnance qui aura statué sur la vente des substances vénéneuses. »

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'Etat de l'agriculture et du commerce,

Notre conseil d'Etat entendu,

Nous avons ordonné et ordonnons ce qui suit :

TITRE I. — *Du commerce des substances vénéneuses.*

Art. 1er. Quiconque voudra faire le commerce d'une ou de plusieurs des substances comprises dans le tableau annexé à la présente ordonnance, sera tenu d'en faire préalablement la déclaration devant le maire de la commune, en indiquant le lieu où est situé son établissement.

Les chimistes, fabricants ou manufacturiers, employant une ou plusieurs des dites substances, seront également tenus d'en faire la déclaration dans la même forme.

La dite déclaration sera inscrite sur un registre à ce destiné, et dont un extrait sera remis au déclarant : elle devra être renouvelée dans le cas de déplacement de l'établissement.

Art. 2. Les substances auxquelles s'applique la présente ordonnance ne pourront être vendues ou livrées qu'aux commer-

çants, chimistes, fabricants ou manufacturiers qui auront fait la déclaration prescrite par l'article précédent, ou aux pharmaciens.

Les dites substances ne devront être livrées que sur la demande écrite et signée de l'acheteur.

Art. 3. Tous achats ou ventes de substances vénéneuses seront inscrits sur un registre spécial, coté et paraphé par le maire ou par le commissaire de police.

Les inscriptions seront faites de suite et sans aucun blanc, au moment même de l'achat ou de la vente ; elles indiqueront l'espèce et la quantité des substances achetées ou vendues, ainsi que les noms, professions et domiciles des vendeurs ou des acheteurs.

Art. 4. Les fabricants et manufacturiers, employant des substances vénéneuses, en surveilleront l'emploi dans leur établissement, et constateront cet emploi sur un registre établi conformément au premier paragraphe de l'article 3.

TITRE II.— *De la vente des substances vénéneuses par les pharmaciens.*

Art. 5. La vente des substances vénéneuses ne peut être faite pour l'usage de la médecine, que par les pharmaciens et sur la prescription d'un médecin, chirurgien, officier de santé ou d'un vétérinaire breveté.

Cette prescription doit être signée, datée et énoncer en toutes lettres la dose des dites substances, ainsi que le mode d'administration du médicament.

Art 6. Les pharmaciens transcriront les dites prescriptions, avec les indications qui précèdent, sur un registre établi dans la forme déterminée par le paragraphe 1er de l'article 3.

Ces transcriptions devront être faites de suite et sans aucun blanc.

Les pharmaciens ne rendront les prescriptions que revêtues de leur cachet et après y avoir indiqué le jour où les substances auront été livrées, ainsi que le numéro d'ordre de la transcription sur le registre.

Le dit registre sera conservé pendant vingt ans au moins, et devra être représenté à toute réquisition de l'autorité.

Art. 7. Avant de délivrer la préparation médicale, le pharmacien y apposera une étiquette indiquant son nom et son domicile, et rappelant la destination interne ou externe du médicament.

Art 8. L'arsenic et ses composés ne pourront être vendus,

pour d'autres usages que la médecine, que combinés avec d'autres substances.

Les formules de ces préparations seront arrêtées, sous l'approbation de notre ministre secrétaire d'Etat de l'agriculture et du commerce, savoir :

Pour le traitement des animaux domestiques, par le Conseil des professeurs de l'École royale vétérinaire d'Alfort;

Pour la destruction des animaux nuisibles et pour la conservation des peaux et objets d'histoire naturelle par l'Ecole de pharmacie.

Art. 9. Les préparations mentionnées dans l'article précédent ne pourront être vendues ou délivrées que par les pharmaciens et seulement à des personnes connues et domiciliées.

Les quantités livrées, ainsi que le nom et le domicile des acheteurs, seront inscrits sur le registre spécial, dont la tenue est prescrite par l'article 6.

Art. 10. La vente et l'emploi de l'arsenic et de ses composés sont interdits pour le chaulage des grains, l'embaumement des corps et la destruction des insectes.

TITRE III. — *Dispositions générales.*

Art. 11. Les substances vénéneuses doivent toujours être tenues par les commerçants, fabricants, manufacturiers et pharmaciens, dans un endroit sûr et fermé à clef.

Art. 12. L'expédition, l'emballage, le transport, l'emmagasinage et l'emploi doivent être effectués par les expéditeurs, voituriers, commerçants et manufacturiers, avec les précautions nécessaires pour prévenir tout accident.

Les fûts, récipients ou enveloppes, ayant servi directement à contenir les substances vénéneuses, ne pourront recevoir aucune autre destination.

Art. 15. A Paris et dans l'étendue du ressort de la préfecture de police, les déclarations prescrites par l'article 1er seront faites devant le préfet de police.

Art. 14. Indépendamment des visites qui doivent être faites, en vertu de la loi du 21 germinal an XI, les maires ou commissaires de police, assistés, s'il y a lieu, d'un docteur en médecine désigné par le préfet, s'assureront de l'exécution des dispositions de la présente ordonance.

Ils visiteront, à cet effet, les officines des pharmaciens, les boutiques et magasins des commerçants et manufacturiers vendant ou employant lesdites substances. Ils se feront représenter

les registres mentionnés dans les articles 1er, 3, 4 et 7, et constateront les contraventions.

Leurs procès-verbaux seront transmis au procureur du roi pour l'application des peines prononcées par l'article 1er de la loi du 19 juillet 1845.

Art. 15. Notre ministre, secrétaire d'Etat au département de l'agriculture et du commerce, et notre garde des sceaux, ministre secrétaire d'Etat de la justice et des cultes, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente ordonnance.

Tableau des substances vénéneuses annexé à l'odonnnnce du 29 octobre 1846.

Acétate de mercure, de morphine, de zinc. Acide arsénieux, composés et préparations qui en dérivent. Acide cyanhydrique. Aconit et ses composés. Alcool sulfurique (eau de Rabel). Anémone pulsatile et ses préparations. Angusture fausse et ses préparations. Atropine.

Belladone et ses préparations. Brucine et ses préparations. Bryone et ses préparations.

Cantharides et leurs préparations. Carbonate de cuivre et d'ammoniaque. Cévadille et ses préparations. Chlorure d'antimoine, de morphine, ammoniaco-mercuriel. Chlorures de mercure. Ciguës et leurs préparations. Codéine et ses préparations. Coloquinte et ses préparations. Conicine et ses préparations. Coque du Levant et ses préparations. Colchique et ses préparations. Cyanure de mercure.

Daturine. Digitale et ses préparations.

Elaterium et ses préparations. Ellébore blanc et noir et leurs préparations. Emétine. Emétique (tartrate de potasse et d'antimoine). Epurge et ses préparations. Euphorbe et ses préparations. Fèves de Saint-Ignace ; préparations qui en dérivent.

Huile de cantharides, de ciguë, de croton tiglium, d'épurge.

Iodure d'ammoniaque, d'arsenic, de potassium, de mercure.

Kermès minéral.

Laurier-cerise et ses préparations. Laudanum, leurs composés et mélanges. Liqueur arsénicale de Pearson, de Fowler.

Morphine et ses composés.

Narcéine, narcisse des prés, narcotine, nicotianine, nicotine, nitrate ammoniaco-mercuriel, nitrates de mercure. Opium, oxyde de mercure. Picrotoxine, pignons d'inde. Rhus radicans. Sabine, solanine, soufre doré d'antimoine, seigle ergoté et les

préparations qui en dérivent. Staphysaigre, sulfate de mercure, strychnine et ses composés. Tartrate de mercure, turbith minéral. Vératrine.

MÉLANGES.

33. *Sur la poudre-coton.* M. Otto, de Brunswick. — M. Knopp, préparateur de l'université de Leipsig. — M. le docteur Bley, de Bernburg. — M. le comte Jousselin et M. Colin. — Note de M. Pelouze, sur la xyloïdine. — Remarque de MM. Piobert et Morin.

(Journal de Chimie médicale, décembre 1846.)

Au sujet de la poudre-coton, M. Otto, de Brunswick, donne les détails suivants :

Il paraît résulter des expériences qui ont été faites jusqu'ici, que l'acide nitrique fumant, concentré, tel qu'on l'obtient de la distillation de 10 parties de salpêtre et de 6 parties d'acide sulfurique, a la propriété de rendre le coton explosif. La portion de l'acide qui est la plus puissante est celle qui passe la première dans la cornue. Si l'on plonge le coton pendant une demi-minute dans cette portion du liquide, qu'on le presse ensuite entre deux plateaux de bois ou de verre, et qu'ensuite on le lave jusqu'à ce que toute acidité ait disparu, on obtient alors, après l'avoir fait sécher, un produit éminemment explosible. Si, après cela, on cherche à rendre explosive une nouvelle quantité de coton, en le plongeant dans le liquide qui a déjà été employé, ce nouveau produit est beaucoup plus faible. Si toutefois, après avoir lavé et séché ce produit, on le plonge de nouveau dans l'acide, il en résulte un produit satisfaisant. On peut donc renforcer la préparation en la plongeant à plusieurs reprises dans l'acide. Je ne pense pas, d'ailleurs, ainsi que je l'avais cru d'abord, que le temps de l'immersion doive être circonscrit dans des limites aussi étroites, car j'ai vu du coton devenir très-explosif après une immersion de douze heures. Mais ce qui est de la plus grande importance, c'est le soin donné au lavage : les dernières traces de l'acide sont difficiles à faire disparaître. S'il reste de l'acide dans le coton, cette substance, quand elle est sèche, sent l'acide nitreux; si on l'enflamme sur une assiette de porcelaine, elle produit également une vapeur acide.

Aussi, la promptitude de la combustion d'une boulette de coton explosif sur une assiette est-elle le meilleur signe de la bonté du

produit; si l'on touche la boulette avec un charbon rouge, elle doit fulgurer comme la poudre à canon, mais sans laisser de résidu : si, au contraire, elle prend feu lentement et laisse des cendres, alors la préparation est impropre au service des armes à feu. Une chose importante à observer est celle-ci : c'est, lorsqu'on a retiré le coton du bain acide, et que, par la pression, on l'a dépouillé de tout reste d'acide, d'avoir soin de le laver à très-grande eau en l'éparpillant. C'est pourquoi aussi l'opération ne réussit jamais mieux qu'avec de petites portions. Lavé dans une petite quantité d'eau, le coton s'échauffe, surtout s'il y en a beaucoup, et il s'y forme des taches de couleur bleue et verte, qui ne se redissolvent que très-difficilement, et peu de coton reste pur. On peut dire, en général, que le produit obtenu est d'autant meilleur, que le coton explosif se distingue moins du coton ordinaire.

Un produit bien préparé a des propriétés très-remarquables; il est explosif au plus haut point. Chassées par une charge de 5/4 à 6/4 de grains de ce coton, des balles de pistolet de poche d'un tiers de pouce de diamètre ont traversé de fortes planches de 1 pouce d'épaisseur. Avec 6 grains, des balles de fusil, tirées à la distance de quarante-cinq pas, se sont enfoncées de 1 pouce dans des planches de chêne. Avec des charges de 4 à 5 grains, on a fait avec du plomb de chasse les plus beaux coups de fusil. Nous dirons encore, comme renseignement d'une utilité pratique, que plus l'inflammation du coton-poudre est prompte, moins aussi la préparation laisse de résidu, et meilleure est-elle; mais plus aussi faut-il être prudent lorsqu'on s'en sert.

Ayant chargé avec 1 1/2 grain d'une préparation éminemment explosive un petit pistolet de poche à canon de cuivre, l'arme a éclaté.

Le docteur Knopp, préparateur au laboratoire de l'université de Leipsig, donne la recette suivante :

Prenez parties égales d'acide sulfurique anglais du commerce et d'acide nitrique du commerce (acide nitrique fumant); mêlez les deux liquides dans un vase de porcelaine ; plongez-y sur-le-champ, et à la fois, autant de coton que le mélange liquide peut en recevoir, et couvrez le vase avec un plateau de verre dépoli qui le ferme exactement.

Après avoir laissé le tout en repos pendant quelques minutes à la température ordinaire, si l'on retire le coton et qu'on le lave immédiatement à l'eau froide, on obtient (après dessiccation) un produit fulminant des plus énergiques. Seulement, il faut avoir soin de ne laisser le coton dans le liquide acide que le temps né-

cessaire pour qu'il s'y dissolve partiellement. Il se pourrait même que la proportion en poids des deux solutions acides, ainsi que le temps indiqué, ne fût pas une condition rigoureuse pour le succès. Au contraire, il semblerait qu'une quantité moindre d'acide sulfurique et une immersion moins longue n'empêcheraient nullement la réussite. Le coton ainsi préparé demande, pour devenir explosif, à être parfaitement séché dans l'air chaud; il devient alors à peine reconnaissable à côté du coton ordinaire. Avec 12 grains de ce coton-poudre, un fusil, qu'on chargeait ordinairement avec 20 grains de poudre, fut tiré à Leipsig le 11 octobre. A quatre-vingt-dix pas, au premier coup, la balle traversa une forte planche de chêne de 2 pouces d'épaisseur, et une autre planche de sapin d'une épaisseur égale, placée devant la première; après quoi, elle s'enfonça dans la butte de terre élevée derrière ces planches. Si on allume sur la main une portion de ce coton ainsi préparé, il s'enflamme et disparaît avec une rapidité telle, que la main n'en ressent aucune douleur. Si on en répand sur de la poudre ordinaire et qu'on y mette le feu, le coton explosif seul s'enflamme, sans que le feu se communique à la poudre ordinaire sous-jacente.

Le docteur Bley, à Bernburg, a fait des recherches pour substituer au coton une substance moins dispendieuse, et il s'est assuré, par des expériences réitérées, que des copeaux ou de la sciure de bois, préparés de la même manière que le coton-poudre, acquéraient les mêmes qualités explosives, et pouvaient, en conséquence, remplacer avantageusement la poudre ordinaire, soit dans les armes à feu, soit dans les trous de mine.

De nouvelles expériences viennent également d'être faites par M. le comte de Jousselin et par M. Colin, professeur de chimie à l'Ecole royale militaire de Saint-Cyr, sur un coton fulminant qu'ils avaient préparé eux-mêmes. Cette matière avait le même aspect que le coton ordinaire; elle était d'une blancheur éclatante et s'enflammait à l'approche d'un simple point en ignition, sans laisser de résidu. On l'a fait détoner sur de la poudre ordinaire, sans que celle-ci fût le moins du monde altérée. Cette préparation peut être noyée sans perdre ses propriétés, avec la précaution toutefois de la dessécher dans un courant d'air chaud après qu'on l'a plongée dans l'eau.

Ce coton avait du reste été préparé au moyen de l'acide azotique. Ce dernier sert à donner au coton la quantité d'oxygène nécessaire pour transformer tout son hydrogène en eau et tout son carbone en acide carbonique. Cet acide, qui a été proposé déjà bien souvent dans les cas où l'on veut oxygéner une matière,

a depuis longtemps déjà été employé par M. Pelouze, lors de ses recherches sur la xyloïdine. Mais une modification devenait nécessaire pour donner au nitrate de coton toute l'activité, que doit avoir un corps destiné à remplacer la poudre. Parmi plusieurs moyens que MM. Jousselin et Colin ont employés avec succès pour obtenir ce résultat, une immersion de quelques heures dans l'alcool leur a paru produire un très-bon effet.

Malgré les réticences dont il a plu à M. Schoenbein d'envelopper sa découverte, M. Pelouze a fait remarquer à l'Académie que les propriétés de la poudre-coton ne paraissent pouvoir s'appliquer qu'à la xyloïdine, découverte en 1833 par Braconnot.

Il fait observer que cette substance a été l'objet d'un mémoire, qu'il a fait insérer dans les comptes-rendus de l'Académie en 1833 : dans ce mémoire il a démontré que la xyloïdine résultait de l'union des éléments de l'acide nitrique avec ceux de l'amidon, et il a expliqué, par sa composition même, l'extrême combustibilité de cette matière ; il a trouvé qu'au lieu de préparer la xyloïdine par la dissolution de la cellulose, comme l'avait fait Braconnot, on pouvait l'obtenir avec infiniment plus de facilité et d'économie, en imprégnant simplement d'acide nitrique concentré, le papier, le coton et le chanvre; que ces matières organiques, tout en conservant leurs formes, prenaient feu vers 180 degrés, et brûlaient presque sans résidu et avec une excessive énergie. M. Pelouze ajoute qu'il avait prévu, dans son mémoire, qu'une propriété aussi remarquable ne pourrait rester longtemps sans application ; mais qu'il n'avait pas pensé un seul instant à l'employer dans les armes au lieu de la poudre ; et que le mérite de cette application revient tout entier à M. Schoenbein.

D'après les nouvelles expériences qu'il a faites, M. Pelouze établit qu'un décigramme de papier azotique ou de poudre-coton suffisant pour une charge, il s'ensuit que 20 grammes de ces mêmes substances suffisent pour deux cents coups : et que quand on réfléchit à la facilité et à la rapidité avec laquelle les personnes les plus étrangères à la chimie peuvent convertir en une poudre énergique le papier, le coton, le chanvre, la sciure de bois, etc., on ne peut s'empêcher de reconnaître l'extrême gravité des questions que soulève l'application de M. Schoenbein.

Enfin, M. Pelouze termine sa note par une réflexion très-digne d'intérêt, savoir, que lorsqu'on voit l'acide nitrique s'engager dans des combinaisons organiques où il se dépouille de ses propriétés ordinaires, de son odeur, de sa causticité, de sa solubilité, on se demande s'il est absolument impossible que l'on obtienne un jour

des substances alimentaires, en suivant une marche plus ou moins dirigée dans ce sens, c'est-à-dire en faisant entrer l'azote dans des matières qui n'en contiennent pas naturellement.

A l'occasion de toutes ces communications, MM. Piobert et Morin font remarquer que, contrairement à ce qui a été annoncé, le coton-poudre donne ordinairement un résidu formé d'eau et de charbon ; que sa combustion ne donne pas lieu à un très-grand développement de chaleur (environ 400 degrés), quoiqu'elle enflamme la poudre à canon ; qu'elle produit peu de gaz, si bien qu'ils s'échappent quelquefois en totalité par la lumière et par le vent du projectile sans le déplacer ; que le volume des charges les plus faibles est, en général, très-considérable et excède celui qu'il est convenable d'affecter à la charge des armes à feu ; enfin, qu'après plusieurs essais de préparation faits au dépôt central, on a obtenu des produits qui paraissent plus inflammables, et d'une combustibilité plus active que ceux qui ont été annoncés ; qu'ainsi le coton, préparé par immersion dans un mélange de volumes égaux d'acides nitrique et sulfurique concentrés, détone à la température de 175 degrés, qu'il est même arrivé que du coton préparé de la sorte et séché, s'est spontanément enflammé à une température d'environ 100 degrés.

---

34. *Leucorrhée.—Métrite chronique.—Applications de tannin et de belladone sur le col de l'utérus.*

(Bulletin général de Thérapeutique, décembre 1846.)

Rien n'est plus difficile et plus incertain que le traitement des leucorrhées produites et entretenues par une phlegmasie chronique du col, et même de la partie inférieure de la cavité de l'utérus. Lorsque cette phlegmasie a déterminé la formation de certains produits, de quelques granulations, par exemple, à la surface du col, il devient véritablement impossible d'amener la cessation de la leucorrhée et de l'engorgement inflammatoire du col, autrement que par une action directe sur la partie malade. Avant d'arriver à la cautérisation à l'aide des caustiques, moyen bien souvent incertain, ou à l'aide du fer rouge, moyen qui doit être réservé pour des altérations d'une nature plus grave, M. le professeur Trousseau a imaginé une médication fort ingénieuse et d'un très-facile emploi.

On fait avec du coton cardé un très-petit nouet dont on remplit le centre d'une certaine quantité de poudre de tannin. A l'aide d'un fil, on ferme ce nouet de telle sorte que le tannin soit parfaitement retenu, et on a soin de laisser au fil une certaine longueur, dont on va bientôt voir l'utilité.

On porte le petit nouet sur le col de l'utérus, avec la main simplement, sans qu'il soit besoin du spéculum; le nouet s'y adapte parfaitement, et s'y maintient. Après douze heures on le retire à l'aide du fil qui, ayant une certaine longueur, dépasse entre les grandes lèvres et peut ainsi permettre de retirer facilement, quand on le veut, le nouet de coton. On renouvelle alors la même application, et après quelques jours, la malade peut la faire elle-même. Il suffit qu'elle prenne la précaution de s'accroupir, position qui rapproche beaucoup le col utérin de la vulve.

Si la métrite n'est pas douloureuse, le tannin suffit; dissous par les mucosités qui imbibent le coton cardé, il modifie rapidement l'état du col. Si la métrite est douloureuse, on ajoute au tannin 5 centigrammes d'extrait de belladone qu'on introduit également dans le nouet de coton cardé.

C'est là une médication aussi utile qu'ingénieuse. Depuis plusieurs années que M. Trousseau la met en usage, nous l'avons vue suivie des plus brillants et des plus solides résultats.

---

35. *Note sur l'emploi de la bougie enduite de nitrate d'argent dans le traitement de la gonorrhée*, par M. le docteur **Debeney**.

(Gazette des Hôpitaux, N° 152; 1846.)

J'ai expérimenté longuement et avec toute l'attention qu'on apporte à une étude spéciale les divers modes d'application du nitrate d'argent sur la muqueuse de l'urètre pour la cure de la blennorrhagie. A ce titre permettez-moi de dire mon avis sur le procédé que l'on nous a présenté sous le nom de M. M'Donald. Ce procédé consiste à introduire dans l'urètre, à trois pouces environ de profondeur, une bougie enduite d'une pommade composée de quatre grammes de nitrate d'argent et de trente grammes d'axonge. Une seule application, dit M. M'Donald, peut suffire lorsque la maladie est à sa première période; dans les autres périodes deux ou trois applications sont nécessaires. La première de ces deux propositions est incontestable; il est établi par un nombre immense de faits qu'une seule cautérisation par le nitrate d'argent, quel que soit le procédé employé, fait avorter la blennorrhagie au début. La seconde proposition contient une erreur complète, et prépare une déception certaine, infaillible, constante aux praticiens qui s'engageraient dans cette voie. En effet, s'il suffit au début de la blennorrhagie de cautériser l'extrémité antérieure du canal, qui est alors l'unique siége de la maladie, il n'en est plus de même lorsque la période de début est passée, lorsque l'inflammation a envahi toute l'étendue de l'urètre, et surtout dans l'état chronique où la blennorrhagie a fixé son siége

dans la profondeur du canal, au delà des trois pouces soumis à l'action du nitrate d'argent et modifiés par lui ; il ne se passe rien, absolument rien, et l'on cautériserait cent fois la première moitié de l'urètre qu'il n'y aurait jamais rien de produit dans la seconde. Le caustique, cela est par trop évident, ne modifie que les tissus avec lesquels il est mis en contact ; si donc on veut exercer une action médicatrice sur la blennorrhagie chronique, il faut porter la bougie jusqu'au fond du canal, jusqu'au col de la vessie.

Maintenant quels sont les avantages de ce procédé? Pour lui trouver une valeur, il faut considérer la bougie enduite d'une pommade au nitrate d'argent comme une application du sel caustique plus forte que l'injection, plus profonde, susceptible de le maintenir plus longtemps en contact, capable, en un mot, de produire un effet plus puissant dans certains cas donnés. Or, dans la blennorrhagie au début, dans la période aiguë, dans tous les cas où l'inflammation est superficielle, les injections sont le moyen le plus convenable et remplissent parfaitement le but qu'on se propose d'atteindre. La bougie enduite de pommade fortement caustique ne pourrait donc trouver son application que dans le cas de phlogose ancienne, tenace, profonde, avec commencement d'altération, d'induration des tissus, où l'on croirait avoir besoin d'un modificateur plus énergique. Pour cautériser l'urètre dans une certaine étendue, elle est sans aucun doute préférable au porte-caustique ordinaire, au moyen duquel on ne peut que cautériser successivement plusieurs points du canal, et qui du reste présente le danger que voici : Une trop grande quantité de sel peut être dissoute dans un point, former là une eschare profonde, et à la suite une cicatrice, et le tissu inodulaire principe de rétrécissement. Je me suis quelquefois servi de la bougie pour tenir le nitrate d'argent plus longtemps en contact avec les tissus, et alors j'ai porté la proportion du sel caustique jusqu'à huit grammes pour trente d'axonge. Mais, il faut bien le dire, l'application de la bougie, outre qu'elle est très-douloureuse, est une opération fort délicate : l'huile dont on l'enduit, le corps gras auquel le sel est mêlé, le beurre de cacao même, dont on recouvre le mélange pour le protéger jusqu'aux parties profondes où il doit pénétrer, sont autant d'obstacles à l'action du sel caustique. Enfin, contrairement à l'opinion de M. M'Donald, l'injection convenablement faite garantit une application plus exacte du sel d'argent sur la muqueuse que la bougie, au contact de laquelle des culs-de-sac muqueux peuvent toujours échapper. Généralement, l'injection est moins douloureuse, plus facile, plus sûre ; et, si l'on veut ob-

tenir un effet plus intense, il suffit de concentrer la solution, et le but, qui seul peut servir de motif à l'emploi de la bougie, sera atteint.

Mais il est au procédé par la bougie une indication spéciale où il ne souffre pas de comparaison, c'est dans le traitement de la blennorrhagie urétrale chez la femme. L'injection, suivant le mode ordinaire, n'est guère alors praticable à cause de l'impossibilité de fermer l'urètre sur la canule de la seringue pour faire pénétrer le liquide et l'empêcher de ressortir aussitôt repoussé par les contractions du canal. Le crayon de nitrate d'argent qu'on introduit dans ce cas n'est pas commode et présente un danger, celui de se casser dans le canal. Ici, au contraire, la bougie est d'une application facile, commode, et remplit parfaitement l'indication.

---

36. *Sur l'emploi de la scammonée et sur un mode particulier de préparation de cette substance;* par le docteur WIMMER, de Munich.

(Journal de Médecine de M. Trousseau, décembre 1846.)

L'auteur pense que la préparation douce de scammonée, dont il s'agit ici, mérite, sous plusieurs rapports, d'être préférée au jalap, dont elle possède toutes les vertus purgatives sans avoir le gout désagréable de cette substance ni provoquer des vomissements comme elle. Feu le conseiller Joseph Baader, médecin de Munich, qui avait une clientèle très-étendue, a gardé secrète pendant longtemps la manière de préparer ce médicament qu'il employait depuis l'année 1784. Peu de temps avant sa mort, il la communiqua à M. Sigl, pharmacien de la ville, qui, de sa part, en donna connaissance au docteur Reiner et à M. Wimmer. Voici comment se prépare une résine pure de scammonée.

On fait digérer une quantité voulue de scammonée d'Alep légère et pulvérisée dans un verre ; on y verse asez d'alcool rectifié pour que ce dernier surpasse la matière de la hauteur d'un travers de doigt. Après avoir couvert le verre, on place le mélange dans un lieu où règne une chaleur tempérée, et on l'agite souvent pendant le jour jusqu'à ce que le dépôt se soit détaché du fond. Au bout de huit jours, on verse le liquide avec le dépôt sur un filtre, placé au-dessus d'un verre destiné à recevoir la solution qui est d'un jaune clair. Cela fait, on verse encore dans le verre où la digestion s'est opérée trois onces d'alcool, que l'on ajoute ensuite au résidu resté sur le filtre. Lorsque le liquide est filtré entièrement, on ajoute à la solution résineuse la quantité

d'eau suffisante pour amener une précipitation parfaite, puis on agite encore la solution au moyen d'un tube de verre. Ce procédé a pour résultat que la résine se dépose au fond du vase ; on verse alors le liquide spiritueux et aqueux qui surnage sur le dépôt dans une cornue de verre, pour retirer tout l'alcool ; il ne restera qu'un peu de résine impure dans la cornue. Ensuite, on verse de l'eau distillée sur la résine pure qui se trouve dans le verre, et on remue le mélange. On répète cette opération jusqu'à ce que l'eau en sorte insipide, puis on sèche doucement la résine dans des assiettes de verre ou de porcelaine. La résine se brise comme du verre et est transparente.

M. Wimmer a trouvé le mélange suivant le plus propre à être employé : On mêle à un gros de cette résine pure de scammonée cinq grains de savon de Venise pulvérisé et cinquante-cinq grains de sucre ; ce mélange est mis dans un mortier de serpentine et réduit en poudre très-subtile. Cela fait, on y ajoute peu à peu une once de biscuit pulvérisé et quelques gouttes d'eau, en triturant fortement et en ayant soin de détacher du pilon les parties de la poudre qui s'y attachent, et en les mêlant toujours de nouveau à la poudre. La poudre étant préparée, on la sèche à l'air et on la divise en paquets contenant chacun dix gros. Un gros de cette poudre contient six grains de scammonée. La scammonée pure est encore d'une administration commode lorsqu'elle n'est mêlée qu'à du sucre. Huit grains de cette poudre suffisent pour provoquer plusieurs garde-robes chez un adulte. On obtient le même résultat chez un individu âgé de quinze ans avec six grains, chez un enfant de sept à huit ans avec quatre grains, et chez un enfant de un à deux avec deux grains. En outre, cette poudre constitue un vermifuge facile à prendre. Lorsque la scammonée a été exactement préparée selon la manière indiquée, on n'observera jamais, à la suite de son emploi, les effets accessoires et désagréables qui rendaient jusqu'ici son usage si rare.

---

37. *Observation d'un chancre induré avec bubon développé deux mois après un coït impur. — Traitement et guérison par le perchlorure d'or et de soude en frictions sur la langue ;* par le docteur A. Legrand.

(Gazette des Hôpitaux, N° 146; 1846.)

Le 1er *décembre* 1829. — Monsieur M..., âgé de dix-neuf ans, d'une bonne constitution, quoique d'un tempérament lymphatique, m'est venu consulter aujourd'hui. Il porte à la base du gland, sous le prépuce et un peu au-dessus de la couronne, *un chancre absolument indolent, ayant cinq à six lignes* (11 à 13 mil-

lim.) *dans son plus grand diamètre, à fond noirâtre et offrant l'aspect d'une moisissure humide, avec des bords calleux* (indurés). Cette callosité (induration) s'étend sur le repli muqueux de la face interne de la peau du prépuce, sur la saillie de la couronne du gland et circulairement sur la muqueuse au-dessous de cette couronne. Voilà environ six jours que M. M... s'est aperçu de ce chancre, qui a fait de rapides progrès. En outre. il porte à l'aine gauche un engorgement gros comme un œuf de pigeon, un peu douloureux, et dont il s'est aperçu trois jours après l'apparition du chancre.

M. M... éprouva un vif étonnement quand je lui eus déclaré qu'il portait un chancre syphilitique avec bubon, et je partageai son étonnement quand il m'eut déclaré (et c'est un jeune homme digne de foi) qu'il ne s'était exposé à contracter cette maladie que le 24 septembre, et que, depuis cette époque, il n'avait point eu de rapports du même genre. *Il s'était donc écoulé soixante jours environ entre l'infection et l'apparition des symptômes.*

Je prescrivis immédiatement le *perchlorure d'or* et de soude associé à la poudre d'iris (1), à la dose de 1/24e de grain : (*perchlorure avec la poudre d'iris* — deux grains ou dix centigr. en douze doses) en frictions sur la langue (2) faites chaque matin après le déjeuner; je conseillai en même temps un régime assez sévère, la tisane de chiendent avec le sirop de gomme, deux grands bains à un intervalle de six jours et des cataplasmes émollients sur la tumeur de l'aine.

Le 15 *décembre.* — Le chancre a encore fait quelques progrès, mais ses bords sont un peu moins durs. Le bubon est évidemment diminué; il s'est bilobé, et fait beaucoup moins souffrir. On continue les moyens précédemment prescrits. (Perchlorure avec l'iris, 10 centigr. en dix doses.)

(1) Le perchlorure d'or et de soude, préparé selon les règles que j'ai données dans mon ouvrage sur l'*Emploi de l'or de préférence au mercure dans le traitement des maladies vénériennes*, et pulvérisé, est mêlé à la poudre d'iris bien séchée (et qu'on a préalablement traitée pendant longtemps à chaud et à froid et successivement par l'eau, l'alcool et l'éther, pour la rendre absolument inerte) dans la proportion d'une partie du sel aurifère pour trois parties de la poudre d'iris. Par conséquent, 20 centigr. de ce mélange représentent 5 centigr. de perchlorure d'or et de soude.

(2) Cette friction, qu'il ne faut, pour le bien, pratiquer qu'après avoir pris quelques aliments afin que la langue soit bien nettoyée, est faite avec le doigt indicateur armé de la poudre aurifère, qu'on enlève facilement de son papier en mouillant l'extrémité du doigt. Après avoir amené le bout de la langue sur le bord de l'arcade dentaire, on fait la friction au centre, sans trop enfoncer le doigt, ce qui pourrait exciter des nausées. Si la friction est bien faite, la langue, dans sa partie frictionnée, deviendra fort noire au bout de deux ou trois jours de l'usage des poudres ; mais cette coloration disparaît aussi deux ou trois jours après qu'on les a cessées.

Le 24. — Cette fois le chancre est évidemment diminué ; son fond n'est plus aussi noir, ses bords sont beaucoup moins durs, et plusieurs points paraissent tendre vers une cicatrisation prochaine. Le bubon est stationnaire; il est absolument insensible à la pression. (Perchlorure avec l'iris, gr. 0,20 en vingt doses. Deux frictions par jour ; la seconde est faite après le dîner.)

Le 6 *janvier* 1830. — Le chancre est déjà presque entièrement cicatrisé, quoique ses bords restent marqués et soient toujours un peu durs ; le bubon continue de diminuer. Il se manifeste tous les matins une moiteur bien marquée ; les fonctions digestives sont dans les conditions les plus satisfaisantes (Même prescription.)

Le 18.—Il ne reste plus du chancre qu'un léger endurcissement qui se dissipe chaque jour. Le bubon est stationnaire. Les moiteurs continuent; l'appétit augmente encore. Je fais joindre au traitement (même prescription) des frictions sur le bubon avec une pommade aurifère :

Or divisé (1),	gr. 0,25
Pommade de concombre,	gr. 32

M. avec le plus grand soin.

Le 24 *janvier*. — Il ne reste plus aucune trace du chancre ; le bubon est considérablement diminué, et surtout fort amolli. Aux moiteurs se joignent des urines un peu plus abondantes. L'appétit est énorme. (Même prescription.)

Le 3 *février* (2). — Le bubon est encore diminué ; il est aujourd'hui réduit à fort peu de chose. (Même prescription.) Je ne fais plus faire qu'une friction par jour.

Le 26 *avril*. — Il était resté, quand M. M... me visita, le 3 février, encore un peu d'endurcissement au siége du chancre, et un léger engorgement dans l'aine, sans aucune espèce de sensibilité. De plus, ce qui prouve le tempérament lymphatique du malade (tempérament, du reste, favorable à l'application de la méthode aurifère), plusieurs glandes cervicales s'engorgèrent vers la fin de mars. Mais ces derniers symptômes, dont il ne reste plus rien aujourd'hui, ne tardèrent point à se dissiper du 10 au

(1) Pour obtenir l'or dans un état parfait de division, il faut le précipiter à l'aide de l'oxalate neutre de potasse (de préférence au sulfate de fer), de sa solution dans l'eau régale et rendue parfaitement neutre par des évaporations répétées.

(2) Je dois faire observer que ce traitement, qui a duré près de trois mois (pendant ce temps le malade a consommé 1 gramme 20 centigr. du mélange, ou 30 centigr. de sel aurifère), et qui a donné un si beau résultat, a été suivi pendant un hiver extrêmement rigoureux, puisque le thermomètre marquait habituellement 7,5 degrés au-dessous, et qu'il est descendu deux fois à 10 degrés.

20 de ce mois, et dans le même moment il survint des hémorrhoïdes (1) qui ont flué une ou deux fois. A cause de cette disposition évidemment lymphatique, et afin d'avoir toute sécurité pour l'avenir, je prescrivis les pilules suivantes, à prendre une chaque matin à jeun :

Oxyde d'or par la potasse,	gr. 0,75
Extr. de seconde écorce de thymélée.	0,75
Extr. de bourrache,	5

M. avec soin pour faire 60 pilules.

Le 1er *décembre* 1846. — Voici aujourd'hui dix-sept années que cette cure a été obtenue ; et avant d'en rédiger l'histoire, j'ai voulu avoir des nouvelles de M. M..., et j'ai su que depuis ce moment il n'avait ressenti aucune atteinte de la maladie de 1829-30, et qu'il n'en avait contracté aucune autre du même genre.

(1) C'est un mouvement critique qu'excitent souvent les préparations d'or.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 172e VOLUME.

7e SÉRIE, TOME XII. — DÉCEMBRE 1846.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Mémoire sur la curabilité de la phthisie pulmonaire ; par M. le docteur *Stacquez*. 189
Histoire de la syphilis dans l'antiquité ; par le docteur *Rosenbaum*. 213
Nouveau moyen de supprimer la douleur dans les opérations chirurgicales. 222

Séance du 18 *octobre.*

Extrait du bulletin de l'Académie royale de Médecine. 225
Observations météorologiques faites à l'Observatoire royal de Bruxelles, pendant le mois de d'octobre 1846. 235

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE. — 1. Des éruptions sudorales ; par M. *Duclos*. 1
2. Recherches cliniques sur les causes organiques et le mécanisme de production des affections appelées hystériques ; par *Ch. Schutzenberger*. 14
3. Mémoire sur quelques cas de morts subites ou très-promptes, dépendant notablement de maladies du cœur ou des gros vaisseaux ; par le docteur *H. C. Lombard*. 21
18. Déplacement de la rate et du pancréas, péritonite ; mort ; par M. *Francisco Alonso*. 235
19. Traitement de la dilatation du cœur ; par le docteur *Bellingham*. 236
THÉRAPEUTIQUE. — 4. Bulletin de thérapeutique médicale ; par M. le docteur *S. Sandras*. 35
5. Revue thérapeutique. — Sur l'arbre bebeeru et sur le sulfate de bebeerine (nouvel alcaloïde fébrifuge). 44
20. Du traitement de la spermatorrhée, par le seigle ergoté ; par le docteur *Jarowitz*. 239
21. De l'essence de térébenthine à haute dose, dans le traitement du purpura hemorrhagica ; par le docteur *Neligan*. 241
23. Traitement des écoulements de l'urètre chroniques par l'application d'un vésicatoire sur le genou. 247
36. Sur l'emploi de la scammonée et sur un mode particulier de préparation de cette substance ; par le docteur *Wimmer*. 276

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

MALADIES DES FEMMES. — 6. Remarques cliniques sur les phlegmasies chroniques de la membrane muqueuse de l'utérus et sur leur traitement ; par M. *Robert*. 53
7. Des indications thérapeutiques en général dans l'aménorrhée ; par le docteur *Duclos*. 63

34. Leucorrhée. — Métrite chronique. — Applications de tannin et de belladone sur le col de l'utérus. 273
MALADIES DES ENFANTS. — 8. Nouvelles recherches sur la méningite tuberculeuse chez les enfants; par le docteur *Rilliet*. 71
9. De la péritonite chez les enfants nouveau-nés; par le docteur *Thore*. 80
10. De l'inflammation franche des méninges chez les enfants (arachnitis de la convexité de Parent et Martinet) ; par le docteur *Rilliet*. 92

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 11. Réflexions et observations sur un point de l'histoire du cathétérisme; par M. *Béniqué*. 111
12. De la gastro-stomie ; par le professeur *C. Sédillot*. 120
13. Mémoire sur la destruction des hémorrhoïdes internes par la cautérisation circulaire de leur pédicule avec le caustique de potasse et de chaux (caustique de Vienne solidifié de M. Filhos); par *J. Z. Amussat*. 125
14. Du traitement de la grenouillette par les injections iodées; par M. *Ant. Bouchacourt*. 147
24. Extirpation d'une tumeur énorme, pesant trente-cinq livres et quatre onces ; par M. *Olivarès*. 248
25. Nouveau procédé pour l'amputation de la verge ; par M. *De Argumosa*. 250
26. Extirpation de dix-neuf lipomes du cuir chevelu ; par M. *Salazar*. 251
27. Nouvelle pince cystotome ; par M. *Romero y Linarès*. 252
28. Tumeur volumineuse de la jambe et de la cuisse ; amputation ; guérison; par M. *Rafael Diez*. 254
29. Anévrisme de la fémorale droite; ligature de l'iliaque externe par M. *De Calvo*. 254
30. Calcul urinaire de 101 grammes rendu spontanément par l'urètre d'une femme; par M. *Carrio*. 256
31. Opération césarienne vaginale faite pour une oblitération complète de l'orifice utérin ; par M. *De Corral y Ona*. 257

IX. MALADIES SYPHILITIQUES.

MALADIES SYPHILITIQUES. — 15. De la blennorrhagie chez la femme. — Hôpital du Midi. — M. *Ricord*. 154
35. Note sur l'emploi de la bougie enduite de nitrate d'argent dans le traitement de la gonorrhée ; par M. le docteur *Debeney*. 274
37. Observation d'un chancre induré avec bubon développé deux mois après un coït impur. — Traitement et guérison par le perchlorure d'or et de soude en frictions sur la langue ; par le docteur *A. Legrand*. 277

XII. GÉNÉRALITÉS.

16. Appréciation générale de quelques objections relatives aux faits qui servent de base à l'antagonisme pathologique, et réfutation en particulier des opinions de M. le Pileur ; par M. *Boudin*. 160
16. *bis*. Revue médicale. 170
17. Considérations sur les différents groupes de maladies, et sur les cas principaux. — Hôpital de la Charité. — M. *Velpeau*. 179

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE royale des sciences de Paris. (Séances des 19, 26, octobre et 2, 9, 16, 23, 30 novembre et 7, 14 et 21, 30 décembre.) — Action physiologique comparée du chlorure, du bromure et de l'iodure de potassium. — Remède contre le mal de mer. 203. — Action thérapeutique du chlorure de sodium (sel marin). 204. — Cataracte. 205. — Eléments caractéristiques du tissu fibro-plastique. 206. — Action des produits de sécrétion sur les tissus, et en particulier des larmes

sur les membranes de l'œil. 207. — Considérations chimiques et physiologiques sur le ligneux et les produits qui l'accompagnent dans le bois. 209. — Gastro-stomie ; ses indications ; son influence sur la nutrition. — Sur plusieurs réactions chimiques qui intéressent l'hygiène publique des cités populeuses. 210. — Influence du sel sur la nutrition. 212. — Lithotritie. 213. — La xyloïdine considérée comme substance alimentaire. 214. — Transport du phosphate de chaux dans les êtres organisés. 215. — Séjour prolongé de pièces de monnaie dans l'estomac d'un chien. — De l'immutabilité et de l'essentialité des maladies. 216. — Cystite cantharidienne. — Composition de l'air confiné dans les espaces clos et habités. 218. — Nerfs des os. 219. — Nouvelles recherches microscopiques sur les tumeurs. 221.

ACADÉMIE royale de médecine de Paris. (Séances des 20, 27 octobre et 3, 10, 17, 24 novembre et 1er, 8, 15, 22 décembre.) — Peste ; quarantaines. — Recherches cliniques sur différents points de la pathologie et de la thérapeutique de l'affection saturnine. 223. — Emploi des préparations de noix vomique contre la danse de Saint-Guy. 225. — Peste ; quarantaines. 226-229. — Rétrécissement cartilagineux de l'urètre ; traitement par scarifications de la dilatation graduée. — Théorie des fièvres intermittentes ; influence des alternatives de chaud et de froid sur les accès. 230.

MÉLANGES.

33. Sur la poudre-coton ; par M. *Otto*. 269

32. Rapport et ordonnance sur la vente et l'emploi des substances vénéneuses en France. 259

22. Sur l'efficacité des grands lavements purgatifs dans certaines formes de constipation opiniâtre ; par le docteur *Alfred Hall*. 243

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. — 172e VOLUME.

7e SÉRIE, TOME XII. — DÉCEMBRE 1846.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (septembre 1846).

Thore. De la péritonite chez les enfants nouveau-nés. 80
Rilliet. De l'inflammation franche des méninges chez les enfants, (arachnitis de la convexité de Parent et Martinet.) 92

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE (4e trimestre 1846).

Boudin. Appréciation générale de quelques objections relatives aux faits qui servent de base à l'antagonisme pathologique, et réfutation en particulier des opinions de M. le Pileur. 160

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE (août, nov., décembre 1846).

Sandras (S.). Bulletin de thérapeutique médicale. 35
Robert. Remarques cliniques sur les phlegmasies chroniques de la membrane muqueuse de l'utérus et sur leur traitement. 53
Duclos. Des indications thérapeutiques en général dans l'aménorrhée. 63
Bouchacourt (Ant.). Du traitement de la grenouillette par les injections iodées. 147
Leucorrhée. — Métrite chronique. — Applications de tannin et de belladone sur le col de l'utérus. 273

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 37, 40, 45, 46, 47, 49; 1846).

Schutzenberger (Ch.). Recherches cliniques sur les causes organiques et le mécanisme de production des affections appelées hystériques. 14
Lombard (H. C.). Mémoire sur quelques cas de morts subites ou très-promptes, dépendant notablement de maladies du cœur ou des gros vaisseaux. 21
Revue thérapeutique. — Sur l'arbre bebeeru et sur le sulfate de bebeerine (nouvel alcaloïde fébrifuge). 44
Rilliet. Nouvelles recherches sur la méningite tuberculeuse chez les enfants. 71
Sédillot (C.). De la gastro-stomie. 120
Amussat (J. Z.). Mémoire sur la destruction des hémorrhoïdes internes par la cautérisation circulaire de leur pédicule avec le caustique de potasse et de chaux (caustique de Vienne solidifié de M. Filhos). 125
Revue médicale. 170

GAZETTE DES HÔPITAUX (Nos 106, 111, 117, 146, 152; 1846).

Ricord. De la blennorrhagie chez la femme. 154
Velpeau. Considérations sur les différents groupes de maladies, et sur les cas principaux. 179

Debeney. Note sur l'emploi de la bougie enduite de nitrate d'argent dans le traitement de la gonorrhée. 274
Legrand (A.). Observation d'un chancre induré avec bubon développé deux mois après un coït impur. — Traitement et guérison par le perchlorure d'or et de soude en frictions sur la langue. 277

JOURNAL DE CHIRURGIE DE M. MALGAIGNE (novembre 1846).

Béniqué. Réflexions et observations sur un point de l'histoire du cathétérisme. 111

JOURNAL DE MÉDECINE DE M. TROUSSEAU (novembre, décembre 1846).

Duclos. Des éruptions sudorales. 1
Wimmer. Sur l'emploi de la scammonée et sur un mode particulier de préparation de cette substance. 276

JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE. (décembre 1846).

Rapport et ordonnance sur la vente et l'emploi des substance vénéneuses en France. 259
Otto. Sur la poudre-coton. 269

JOURNAUX ESPAGNOLS.

ARCHIVO DE LA MED. ESPANOLA.

Francisco Alonso. Déplacement de la rate et du pancréas, péritonite ; mort. 235
Rafael Diez. Tumeur volumineuse de la jambe et de la cuisse; amputation ; guérison. 254

GACETA MEDICA.

Olivarès. Extirpation d'une tumeur énorme, pesant trente-cinq livres et quatre onces. 248
De Argumosa. Nouveau procédé pour l'amputation de la verge. 250
Salazar. Extirpation de dix-neuf lipomes du cuir chevelu. 251
Romero y Linarès. Nouvelle pince cystotome. 252
De Calvo. Anévrisme de la fémorale droite; ligature de l'iliaque externe. 254
Carrio. Calcul urinaire de 101 grammes rendu spontanément par l'urètre d'une femme. 256
De Corral y Ona. Opération césarienne vaginale faite pour une oblitération complète de l'orifice utérin. 257

JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS.

DUBLIN MEDICAL PRESS.

Bellingham. Traitement de la dilatation du cœur. 236

MONTHLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Neligan. De l'essence de térébenthine à haute dose, dans le traitement du purpura hemorrhagica. 241
Alfred Hall. Sur l'efficacité des grands lavements purgatifs dans certaines formes de constipation opiniâtre. 243

THE MEDICAL TIMES.

Traitement des écoulements de l'urine chroniques, par l'application d'un vésicatoire sur le genou. 247

JOURNAUX ALLEMANDS.

OESTERREICH. MED. WOCHENSCHRIFT.

Jarowitz. Du traitement de la spermatorrhée, par le seigle ergoté. 259

TABLE ANALYTIQUE

DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LES VOLUMES 161 A 172 (TOMES 1 A 12, 7e SÉRIE).

(JANVIER A DÉCEMBRE 1846.)

A.

Abcès de la rate; par le docteur *Chiappini*, t. 168. 251
— du cœur; absence de symptômes morbides pendant la vie; par *F. Howitt*, t. 171. 263
— du petit bassin; par le docteur *Compérat*, t. 163. 86
— du foie (Observations d'), compliqué d'inflammation de la veine porte; par le docteur *E. L. Ormerod*, t. 170. 297

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE PARIS.

Séances des 5, 19, et 26 *janvier.*

De l'existence de la cellulose dans une classe d'animaux sans vertèbres. — Vésiculation du lait. 180. — Circulation du sang. — Analogie du magnétisme et de l'électricité. 181. — Effets des eaux sulfureuses thermales dans la phthisie pulmonaire. 182. — Nouveau moyen de distinguer les taches arsenicales et les taches antimoniales. 185, t. 161.

Séances des 2, 9, 16 et 23 *février.*

Bégaiement. 197. — Assainissement des amphithéâtres d'anatomie. 199. — Productions piliformes de la langue. 201. — Maladies des ouvriers employés dans les fabriques d'allumettes. 203. — Phénomène extraordinaire d'électro-magnétisme. 204. — Jeune fille électro-magnétique. — Désinfection des cadavres. 206. — Affections glaucomateuses. — Théorie de la circulation. 207, t. 162.

Séances des 2, 9, 16, 23 et 30 *mars.*

Jeune fille électrique. 172. — Développement de la substance minérale dans le système osseux. 173. — Nature et mode de formation des concrétions polypiformes du cœur. 174. — Emploi du sulfate de quinine par la méthode pharyngienne. — Jeune fille électrique. 175. — Nécroses des os de la face produites par les vapeurs du phosphore. 176. — Action de l'ergotine dans les hémorrhagies externes. 179. — Effets physiologiques de l'éther sulfurique d'après la méthode pharyngienne. — Des différences que présentent les phénomènes de la digestion et de la nutrition chez les animaux herbivores et carnivores. 180. — Nouveau signe pour distinguer la mort réelle de la mort apparente. — Note sur un cas curieux d'héméralopie. 182. — Surdité complète survenue à la suite d'une fracture comminutive du crâne. — Digestion. 183, t. 163.

Séances des 7, 13, 20 et 27 *avril.*

De la nature des fièvres intermittentes des marais. 234. — Hydrophobie. — Influence nulle du magnétisme sur la circulation des végétaux. 236. — Influence du régime pénitentiaire sur la santé. — Double mouvement d'expan-

sion et d'affaissement des organes sous l'influence de la circulation. 238. — Emploi d'un composé de chlore, d'iode et de mercure contre les scrofules.— Conservation et désinfection par le sulfite de soude. 239. — Sur la pulvérisation des calculs. — De l'extraction immédiate des calculs par les voies naturelles. 240. — Ergotine ; ses effets antihémorrhagiques. 242, t. 164.

Séances des 4, 11, 18 et 25 *mai.*

Théorie de la vision. 206. — Composition et propriétés nutritives du café. 207. — Grand prix des sciences physiques proposé en 1845 pour 1847. 290.—Prix relatif au développement du fœtus, proposé en 1837 pour 1839, remis au concours pour 1843, et de nouveau pour 1846. — Prix fondé par M. Manni pour 1846. 210.—Fistules biliaires artificielles. 211.—Emploi de la magnésie dans le traitement de l'empoisonnement par l'acide arsénieux. — Enfant monstrueux présentant trois extrémités inférieures et un double appareil sexuel mâle. 212, t. 165.

Séances des 1er et 8 *juin.*

Recherches sur le sang. 180. — Traitement de la morve aiguë. 185. — Instrument pulvérisateur. — Nouveau moyen d'exploration. Stéréoscope. 186. — Conservation des substances animales par le nitrate de plomb. 187, t. 166.

Séances des 15, 22, et 29 *juin.*

Fistules urinaires. Anaplastie uréthrale. 171. — Embryologie comparée. 172. — Permanence des poisons, et de l'antimoine en particulier, dans l'économie. 178. — Sur quelques effets de la compression du cerveau. 180. — Effets hémostatiques de l'ergotine. — Traitement du cancer. 181. — De la nature de la maladie connue des anciens sous le nom de scélotyrbe ou scéletyrben. 182. — Etiologie de la phthisie tuberculeuse. — Action de l'oxygène sur les organes de l'homme. 183, t. 167.

Séances des 6 et 13 *juillet.*

Ectrogénie. Encéphalocèle congénitale. 187. — Traitement de la chlorose des végétaux par les sels de fer. — Mode d'action de la médication réfrigérante. 189. — Développement des tissus des batraciens. 190. — Digestion des boissons alcooliques. 191. — Composition de l'air dans des lieux confinés. 192. t. 168.

Séances des 20, 27 *juillet* et 3 *août.*

Gastrotomie fistuleuse. 190. — Altération des globules du sang dans les maladies. 192. — Action comparée des boissons alcooliques sur les animaux. 193. — Traitement des dérangements de l'excrétion urinaire causés par l'hypertrophie de la prostate. 194. — Digestion et assimilation des matières albuminoïdes. 195. — Guérison de la phthisie par des vapeurs d'eau chargées de sel marin et de sel ammoniac. 197, t. 169.

Séances des 10, 17, 24 et 31 *août.*

Nouvelle méthode pour guérir certains anévrysmes sans opération, à l'aide de la galvano-puncture. 209. — Conservation des matières animales. — Action des réactifs et des substances médicamenteuses sur le sang. 211. — Recherches électro-physiologiques sur la torpille. 214. — Maladie connue au Brésil sous le nom de morphée. 216. — Migraine. 217. — Action des vapeurs phosphorées sur l'économie. 218, t. 170.

Séances des 7, 14, 21, 28 *septembre*, 5 et 12 *octobre.*

Mécanisme de la voix humaine. 221. — Structure du foie. — Action du seigle ergoté sur l'économie. 222. — Instrument destiné à déterminer la durée des

vents ainsi que le nombre et la direction des courants d'eau. 224. — Caractères microscopiques du cancer. 225. — Organisation du foie. — Expériences statiques sur la digestion. 227. — Système lymphatique du foie. 230.—Lois synthétiques du mouvement vital. 231. — Action du phosphore sur les ouvriers qui travaillent à la fabrication de cette substance. 232.—Nouvelle propriété du système nerveux. — Pupille artificielle pratiquée avec succès malgré l'absence de chambre antérieure de l'œil. 233, t. 171.

Séances des 19, 26 *octobre;* 2, 9, 16, 23, 30 *novembre;* 7, 14, 21 et 30 *décembre.*

Action physiologique comparée du chlorure, du bromure et de l'iodure de potassium. — Remède contre le mal de mer. 203. — Action thérapeutique du chlorure de sodium (sel marin). 204. — Cataracte. 205. — Eléments caractéristiques du tissu fibro-plastique. 206. — Action des produits de sécrétion sur les tissus, et en particulier des larmes sur les membranes de l'œil. 207. — Considérations chimiques et physiologiques sur le ligneux et les produits qui l'accompagnent dans le bois. 209. — Gastrostomie ; ses indications ; son influence sur la nutrition. — Sur plusieurs réactions chimiques qui intéressent l'hygiène publique des cités populeuses. 210. — Influence du sel sur la nutrition. 212. — Lithotritie. 213. — La xyloïdine considérée comme substance alimentaire. 214. — Transport du phosphate de chaux dans les êtres organisés. 215. — Séjour prolongé de pièces de monnaie dans l'estomac d'un chien. — De l'immutabilité et de l'essentialité des maladies. 216. — Cystite cantharidienne. — Composition de l'air confiné dans les espaces clos et habités. 218. — Nerfs des os. 219. — Nouvelles recherches microscopiques sur les tumeurs. 221, t. 172.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE PARIS.

Séances des 6, 13, 20 et 27 *janvier.*

Injections iodées. 185. — Strongles géants des voies urinaires. 206, t. 161.

Séances des 3, 10, 17 et 24 *février.*

Dystocie. Monstre à deux têtes. 207. — De la puissance de la médecine et des bornes de cette puissance. 210. — Fièvre typhoïde et typhus. 214. — Extraction par l'urèthre d'une sonde tombée dans la vessie. — Calcul volumineux enchatonné, extrait par la taille hypogastrique. 216, t. 162.

Séances des 3, 10, 17, 21 et 31 *mars.*

Lettre de M. Faure. — De l'intermittence dans les fièvres des marais. 186. — Peste. Quarantaines. 188. — Application d'un nouveau procédé opératoire pour le traitement des polypes de l'utérus. 196. — Peste. Quarantaines. 197. — Uréthroplastie. 202. — Lithotribe à deux branches. 204. — Pestes. Quarantaines. 205. — Lithotribe à mors pleins pour la pulvérisation par percussion. — De la paracentèse du thorax dans la pleurésie aiguë avec épanchement. 215. — Glande vaginale. 216, t. 163.

Addition à la séance du 31 *mars* ; *Séances des* 7, 14, 21 et 28 *avril.*

Radesyge. 243. — Traitement abortif de la variole. — Présence des sels de cuivre et de plomb dans les eaux distillées du commerce. 244. — Bandages herniaires en caoutchouc artificiel. — Traitement des palpitations du cœur. 245.—Blessure de la rate dans la paracentèse.—Péritonite hémorrhagique.— Iléus intermittent. 246. — Fièvre intermittente et hypertrophie de la rate. 247, t. 164.

Séances des 5, 12, 19, et 26 *mai.*

Peste ; quarantaines. 214. — Lésions du cerveau chez les aliénés. 217. — Peste ; quarantaines. 218-256. — Difformité du membre abdominal par cicatrice vicieuse ; redressement. 256. — Autoplastie. 257, t. 165.

Séances des 2 et 9 *juin.*

Lithyménie. — Coarctations de l'urèthre. 188. — Peste ; quarantaines. 189-239, t. 166.

Séances des 16, 23 et 30 *juin.*

Peste ; quarantaines. 184-199-211, t. 167.

Séances des 7 et 14 *juillet.*

Peste ; quarantaines. 193. — Suite de la discussion sur la peste et les quarantaines. 220, t. 168.

Séances des 21, 22, 28 *juillet* et 4 *août.*

Peste ; quarantaines. 197-204-228-239, t. 169.

Séances des 4, 11, 18, 25 *août* et 1er *septembre.*

Peste ; quarantaines. 219-238. — Etiologie de la pellagre. 247. — Peste ; quarantaines. 248-258. — Eburnation des surfaces articulaires. — Peste ; quarantaines. 260, t. 170.

Séances des 8, 15, 18, 22 *septembre* et 6, 13 *octobre.*

Maladies des follicules sébacés et pilifères de la vulve. — Maladies des follicules. — Maladies de la glande vulvo-vaginale et de son appareil sécrétoire. 235. — Spécifiques mercuriaux dans les maladies de la peau et la syphilis. 237. — Peste ; quarantaines. 238. — De l'emploi des irrigations et des bains prolongés dans le traitement des formes aiguës de la folie, et en particulier de la manie. 240. — Thérapeutique des affections saturnines. 242. — Peste ; quarantaines. 144-245-246, t. 171.

Séances des 20, 27 *octobre ;* 3, 10, 17, 24 *novembre,* et 1er, 8, 15, 22 *décembre.*

Peste ; quarantaines. — Recherches cliniques sur différents points de la pathologie et de la thérapeutique de l'affection saturnine. — Emploi des préparations de noix vomique contre la danse de Saint-Guy. 225. — Peste ; quarantaines. 226-229. — Rétrécissement cartilagineux de l'urèthre ; traitement par scarifications de la dilatation graduée. — Théorie des fièvres intermittentes ; influence des alternatives de chaud et de froid sur les accès. 230, t. 172.

Accouchement (Observation d') artificiel prématuré pratiqué avec succès ; par le docteur *Seulen*, t. 161. 242
— de deux enfants unis par le ventre ; par le docteur *Pies*, t. 168. 289
— laborieux ; présentation du cordon ombilical, d'une jambe et d'un bras ; terminaison heureuse ; par les professeurs *Guesta* et *Gonzalo*, t. 165. 264
— laborieux ; par le docteur *Pedro Castello*, t. 165. 265
— prématuré périodique ; par le docteur *Devilliers* fils, t. 166. 260
— (Présentation simultanée de la tête et d'un pied, dans un cas d') ; observation par le docteur *Doherty*, t. 167. 273
— (Résultats fournis par l'auscultation dans un cas d') de trois jumeaux ; par le professeur *Naegels* fils, t. 169. 270

Accouchements (Observations d') où le galvanisme a été appliqué ; par M. *Dorrington*, t. 170. 291
— (Coup d'œil sur les statistiques d') publiées dans ces derniers temps, t. 167. 90
— (Notes statistiques et observations sur le terme naturel de l') par M. *Le Ray*, t. 161. 42
— (Observations sur l'influence du galvanisme sur la marche du travail de l') ; par le docteur *J. Y. Simpson*, t. 169. 263
— (Sur la source et la nature pathologique de l'hémorrhagie utérine après l') ; par le docteur *J. J. Simpson*, t. 169. 265
— prématuré artificiel ; (Du seigle ergoté comme moyen de provoquer l') par M. *Van Wageninge*, t. 162. 276
— prématuré artificiel (Sur les moyens de provoquer l'), t. 165. 291
Acéphalocystes (Sur les) dans le cœur ; par le docteur *Griesinger*, t. 170. 278
Aconit napel (Sur l'action physiologique et thérapeutique de l') par le docteur *A. Fleming*, t. 162. 234
Acupuncture (Guérison d'une tumeur du cou à l'aide de l') ; observation du docteur *Ernico Costelli*, t. 165. 274
Air (Recherches sur la composition que présente l') recueilli à différentes hauteurs dans une salle close où ont respiré un grand nombre de personnes, suivies de considérations sur la théorie qui a été établie de certains ventilateurs ; par *J. L. Lassaigne*, t. 169. 7
Aisances (Note sur un nouveau système de vidange des fosses d') ; par M. *Guérard*, t. 164. 10
Albuminurie (Cas d') compliquée, guérie par l'acide nitrique ; par M. *Labus*, t. 170. 288
— (Efficacité de l'acétate de plomb et de la teinture de chlorhydrate de fer dans l') scarlatineuse ; par M. le docteur *O'Ferrall*, t. 166. 258
Alcooliques (De la digestion des boissons) et de leur rôle dans la nutrition ; par MM. *Bouchardat* et *Sandras*, t. 169. 1
Aliénation mentale. (De l'emploi de la coloquinte dans le traitement de l'), t. 164. 165
Aliénés (Analyse de l'urine des) ; par MM. *Alex. Sutherland* et *Edward Rigby*, t. 163. 221
— (Des effets de la douche chez les) ; par *A. Bourdel*, t. 171. 173
Allumettes (Une maladie propre aux ouvriers des fabriques d') chimiques, t. 169. 55
— (Quelques mots sur une grave affection à laquelle seraient sujets les ouvriers qui travaillent à la fabrication des) ; par M. *Bricheteau*, t. 163. 1
Alvines (Sur la nature des évacuations) de couleur verte chez les enfants ; par le docteur *Golding Bird*, t. 169. 257
Aménorrhée (Des indications thérapeutiques en général dans l') ; par le docteur *Duclos*, t. 172. 63
Ammoniaque (Considérations sur l'action thérapeutique de l'acétate d') ; par le docteur *E. Carrière*, t. 164. 91
Amputation (Cas d') de la cuisse dans l'articulation coxo-fémorale, suivi de guérison ; par M. *Williams Sands Cox*, t. 166. 273
— (Nouveau procédé pour l') de la verge ; par M. *Rizzoli*, t. 169. 282
— de la verge ; (Nouveau procédé pour l') par M. *De Argumosa*, t. 172. 250
— de la jambe (Observations montrant les avantages de l') faite à la partie moyenne ; par M. *Lawrie*, t. 171. 274
— tibio-tarsienne. Quelques considérations sur cette opération. — Hôtel-Dieu. — M. *Blandin*, t. 171. 154
Anemie. Affection organique probable de l'estomac. — Hôtel-Dieu. — M. *Chomel*, t. 166, p. 60 ; t. 167. 54

Anévrysmes (Observations de deux) de l'aorte dans lesquels il n'y avait ni battements ni bruits anormaux ; par le docteur *T. A. Barker*, t. 169. 285
— de l'artère carotide traité par le galvanisme. Coagulation du sang dans la tumeur ; mort ; par *J. Hamietot*, t. 171. 265
— (Paralysie de la face ; hémiplégie ; mort subite dans un cas d') de l'artère basilaire ; observation par le docteur *Lager*, t. 171. 283
— (Guérison spontanée d'un) de l'artère fémorale ; mortification des orteils ; par *J. Kirby*, t. 165. 280
— de l'artère poplitée, traité par la compression ; guérison ; par *G. R. Daruell*, t. 165. 277
— de la fémorale droite ; ligature de l'iliaque externe par M. *De Calvo*, t. 172. 254
— (Mémoire sur les) de la région inguinale et sur leur traitement ; par M. *Malgaigne*, t. 162, p. 120 ; t. 163. 102
— poplité (Heureuse application de la nouvelle méthode de M. Pétrequin, par la galvano-puncture artérielle, dans un cas d') par M. le docteur *L. Ciniselli*, t. 162. 260
— poplité, guéri par la compression ; par M. *Storks*, t. 165. 279
— poplité, traité par les courants électriques ; par M. *Ciniselli*, t. 166. 268
— (Nouvelle méthode pour guérir certains) sans opération, à l'aide de la galvano-puncture artérielle ; par *J. E. Pétrequin*, t. 165. 148
Ankylose du genou guérie par la résection cunéiforme des trois os de l'articulation ; par M. *Gurdon Buck*, t. 162. 257
— rectangulaire du genou. — Opération consistant à enlever une portion d'os en forme de coin comprenant la rotule, les condyles et la surface articulaire du tibia : rectitude presque complète du membre ; guérison ; par le docteur *G. Buck*, t. 163. 248
Antagonisme (Quelques objections à la théorie de l') appliquée à la France ; par M. le docteur *Le Pileur*, t. 168. 22
— (Appréciation générale de quelques objections relatives aux faits qui servent de base à l') pathologique, et réfutation, en particulier, des opinions de M. le Pileur ; par M. *Boudin*, t. 172. 160
Antigoutteux (Note historico-thérapeutique sur un specifique) ; par M. *Agostinacchio*, t. 170. 286
Arachnoïdienne (Sur les épanchements de sang dans la cavité) ; par le docteur *Prescott Hewett*, t. 167. 260
Arsenic (Nouveau procédé pour distinguer les taches d') d'avec les taches d'antimoine, t. 170. 7
— (Simplification du procédé analytique d'une tache), t. 170. 6
Artères (Sur un nouveau compresseur des) ; par M. *Biagini*, t. 169. 278
— tibiale postérieure (Ligature de l') pour une plaie ; par M. *Ch. Hall*, t. 166. 272
Asphyxie (Recherches expérimentales sur la pathologie et le traitement de l') ; par M. *Erichsen*, t. 162, p. 226 ; t. 168. 269
Asthme de Kopp ; (Du spasme de la glotte, ou) ; par M. *Ferrari*, t. 162. 223
— (De la lobélie enflée contre l') ; par le docteur *Tott*, t. 164. 258
Ataxie (Quelques principes thérapeutiques à propos du musc et de l') ; par M. *A. Dauvergne*, t. 166. 75
Autoplastie pratiquée avec succès dans un cas de fistule uréthrale ; observation par le docteur *Legros Clark*, t. 167. 274
Avortement (Exemple remarquable d') à 5 mois dans un cas d'oblitération complète du vagin ; établissement d'un vagin artificiel pour livrer passage au produit de la conception ; par *D. Manuel Muro y Arrivillaga*, t. 165. 267

B.

Bassin (Difformité considérable du) ; accouchement prématuré artificiel ; par M. *James Reid*, t. 163. 244
— (Des circonstances qui s'opposent à ce que le pronostic de l'accouchement soit établi d'une manière exacte dans les vices de conformation du), t. 164. 101
— (De l'inflammation phlegmoneuse du) ; par M. *Joseph Bell*, t. 166. 263
— (Des sinus fistuleux dépendant d'une exfoliation des os du) ; par M. *Syme*, t. 171. 281
Bile (Du rôle de la) dans la digestion ; par M. *Platner*, t. 168. 47
Blennorrhagies (Feuilles de sabine et seigle ergoté contre les) anciennes ; par le docteur *Dupuis*, t. 161. 268
— (De la) chez la femme. — Hôpital du Midi. — M. *Ricord*, t. 172. 154
Blennorrhagique (Quelques considérations pour servir à l'histoire de l'arthrite) ; par le docteur *Foucart*, t. 166. 279
Boucherie (Sur le transport des animaux destinés à la) ; par M. *Guérard*, t. 164. 1
Bronchite capillaire (Quelques mots sur la) capillaire avec hypérémie cérébrale intense ; crise après l'usage de l'ipécacuanha, t. 163. 223
Bubons scrofuleux (Considérations pratiques sur les) et leur traitement ; par M. *Gabalda*, t. 164. 125
Bulletin bibliographique, t. 161, p. 258-268 ; t. 163, p. 261 ; t. 166. 284-292

C.

Café au lait (Des inconvénients de l'alimentation par le) ; par le docteur *Caron*, t. 166. 292
Calculs salivaires (Recherches sur les corps étrangers trouvés dans la région sublinguale, et considérés comme) ; par le docteur *Stanski*, t. 170. 111
— urinaire de 101 grammes rendu spontanément par l'urèthre d'une femme ; par M. *Carrio*, t. 172. 256
— (Cas d'obstruction des intestins par un gros) ; par le docteur *Campbell*, t. 166. 245
— vesical formé autour d'une alène de cordonnier ; cystotomie ; dilatation ; guérison ; par M. le docteur *Fleury*, t. 164. 189
— vésicaux (Nouvelle méthode de pulvérisation des), avec description des instruments imaginés dans ce but ; par le docteur *Broenner*, t. 167. 139
Calomel (Mémoire sur l'emploi du) à doses fractionnées ; par M. le docteur *Duclos*, t. 169, p. 65 ; t. 170, p. 58 ; t. 171. 39
Cancer de la lèvre inférieure. Résection du maxillaire inférieur ; par M. *Lisfranc*, t. 170. 146
— (Considérations pratiques sur le) ; par le docteur *E. Carreau*, t. 171. 98
— (Observations de) du corps thyroïde ; par le docteur *Cæsar Hawkins* et le docteur *R. Wilson Brown*, t. 170. 295
— (De l'application de la méthode anaplastique au traitement du). — Mémoire présenté à l'Académie des sciences par M. le professeur *Sédillot*, t. 161, p. 73 ; t. 162. 133
Cancéreuses (Des différentes espèces de tumeurs) du sein. Des caractères de celles qu'on ne doit pas opérer. — Hôpital de la Charité. — M. *Velpeau*, t. 165. 125
Cantharides (Symptômes déterminés par l'ingestion des) chez des individus qui y ont été accidentellement soumis pendant longtemps, t. 170. 8

Carcinome de la partie postérieure du médiastin, simulant l'empyème; par M. *Swett*, t. 162. 252
Carotides (Observation de ligature des deux artères), t. 168, p. 293; t. 170. 298
Cataracte (Etudes pratiques sur la); par M. le docteur *Desmarres*, t. 161, p. 92; t. 162, p. 138; t. 164, 146; t. 165. 153
— (Guérison de la) sans opération par M. *Pugliati*, t. 168. 296
— (Cas remarquable de), t. 170. 300
Cathétérisme (Réflexions et observations sur un point de l'histoire du); par M. *Béniqué*, t. 172. 111
Céphalalgie (Sur deux cas de) guéris par le valérianate de zinc; lettre du docteur *Vincenzo Boccaccini* au docteur *Dazio Olivi*, t. 165. 261
Cérébrale (Observation de ramollissement de la protubérance) chez un peintre; plomb découvert dans le cervelet par l'analyse chimique; par le docteur *Th. Inman*, t. 171. 258
— (Apoplexie de la protubérance); observation par le docteur *E. Parker*, t. 171. 259
Cerveau (Observations d'altération du) à la suite de la ligature de la carotide; par *John Vincent*, t. 167. 246
Césarienne (Opération) vaginale. Oblitération complète de l'orifice de l'utérus; hystérotomie vaginale; terminaison heureuse de l'accouchement; par le docteur *D. Thomas de Corral y Ona*, t. 161. p. 224; t. 172. 257
Chair musculaire (Sur la) de l'homme et des animaux vertébrés; par M. le docteur *De Bibra*, t. 164. 249
Chancre (Observation d'un) induré avec bubon développé deux mois après un coït impur. — Traitement et guérison par le perchlorure d'or et de soude en frictions sur la langue; par le docteur *A. Legrand*, t. 172. 277
Chlorose (Sur la) des adultes; par M. *Blaud*, t. 163. 10
Cholérine (La) et le choléra sporadique, t. 169. 186
Chorée (Cas de) et de tic douloureux; traitement par la teinture de chanvre indien (hachisch) et l'électro-magnétisme; par M. *Corrigan*, t. 164. 252
— (Sur la) électrique, t. 166. 248
— (Recherches statistiques sur la); par le docteur *H. M. Hughes*, t. 171. 254
Ciguë (Sur le mode d'emploi le plus efficace de la); par M. *Donovan*, t. 165. 262
Cliniques chirurgicales. — Contractures syphilitiques. — Résections des extrémités articulaires. — Résection des extrémités articulaires. — Résections dans les cas de fractures compliquées. Hygroma prérotulien. Méthode sous-cutanée. Oblitération spontanée du vagin, etc. — Nouveau procédé pour la ligature de la langue, t. 161. 160-171
— chirurgicales. — Traitement des tumeurs sanguines érectiles par les scarifications sous-cutanées. — Traitement des hydarthroses blennorrhagiques. — Traitement des abcès par congestion. — Abcès énorme (froid ou par congestion) occupant toute la longueur de la cuisse, guéri à l'aide de trois ponctions sous-cutanées. — Spina-bifida traité par l'incision et la section; mort après quarante heures de l'opération. — Guérison spontanée des fistules stercorales suites de hernies étranglées. — Traitement comparatif de l'hydrocèle par les injections iodées et les injections vineuses, t. 164. 220-231
— médicales. — Des occlusions intestinales et des étranglements internes. — Causes et caractères de l'hydropneumothorax. — Danger réel de la pleurésie primitive. — Mécanisme des déformations du thorax suites de pleurésies. — Traitement de l'érysipèle de la tête et de la face; indications comparatives des évacuants et des topiques abortifs. — Fièvres continues rémittentes

de forme typhoïde. Guérison rapide par le sulfate de quinine, t. 162. 180-195
Cliniques médicales. — Pneumonies; leur rareté; caractères particuliers des pneumonies actuelles. — Sur quelques cas de pneumonies dites centrales. — Caractères différentiels de la rougeole et de la scarlatine; valeur séméiotique de l'expectoration dans la rougeole. — Pleurodynie suivie de pleurésie. Relation de ces deux états morbides. — Fièvre typhoïde charbonneuse. — Hydarthrose chronique du genou. Tartre stibié; diminution considérable de l'épanchement en trois jours. — Rhumatisme articulaire aigu guéri en dix jours par le sulfate de quinine, t. 163. 154-163
— médicales. — De l'affection granuleuse du pharynx. — Péritonite sans perforation dans le cours de la fièvre typhoïde. — Paralysie hystérique. — Sulfate de quinine, t. 165. 190-204
Cœur (Observation de bruit de souffle musical dans le); autopsie; par MM. *Sargint* et *de Marie*, t. 163. 222
— (Traitement de la dilatation du); par le docteur *Bellingham*, t. 172. 236
Col utérin (Sur l'amputation du), t. 161. 59
Congrès (Septième session du) des savants italiens, tenue à Naples en 1845. — Des rapports de la matière colorante du sang avec la matière colorante jaune de la bile; par M. *Polli*. — Sur le meilleur mode de préparation des graines de ricin; par M. *Parola*. — Sur la pellagre; par M. *Car. Ampelio Calderini*. — Du nitrate de potasse contre le scorbut de terre; par M. *Novellis*. — De la centaurine; par M. *Gennaro Galani*. — Liquide lithontriptique; par M. *Sementini*. — De la chorée électrique; par M. *Dubini*. — Sur l'auscultation; par M. *Lanza*, t. 161. 172-179
— Abstinence complète depuis trois ans; par M. *Borelli*. — La physiologie d'Homère. — *Section de chirurgie*. — Méthode thérapeutique contre la cataracte. — Remède contre le cancer. — Nouvelle ventouse. — Cas d'atrésie de l'arrière-bouche. — Traitement des déviations du rachis par la myotomie sous-cutanée. — Visite faite dans les hôpitaux de Naples par une commission du congrès. — Contagion de la peste; utilité des lazarets. — Siége du congrès de 1846; programme des questions. — Programme arrêté des questions qui seront discutées en 1846 dans le huitième congrès, à Gênes, t. 163. 166-172
Constipation opiniâtre (Sur l'efficacité des grands lavements dans certaines formes de); par le docteur *Alfred Hall*, t. 172. 243
— (De l'emploi de l'alun contre la) habituelle; par le docteur *Albridge*, t. 164. 256
Coqueluche (Emploi du musc contre la), t. 163. 238
Cornée (Mémoire sur les divers états pathologiques connus généralement sous le nom de taches de la); par le docteur *Magne*, t. 161, p. 103; t. 162. 152
— (Plaie de la) par une esquille de bois; iritis consécutive et procidence partielle de l'iris; par M. le docteur *Bazzoni*, t. 166. 277
— (Des obscurcissements de la) sous le rapport histologique avec application à la pratique oculistique; par le docteur *Szokalski*, t. 170. 302
Coude (De la gravité proportionnelle des conséquences qu'ont les moindres blessures autour de la pointe du); par M. *W. Brown*, t. 170. 299
Coxalgie (Résection de l'extrémité supérieure du fémur dans un cas de); par *W. Fergusson*, t. 161. 244
Créosote (La) considérée comme cause des empoisonnements produits par les viandes fumées; par le docteur *Lussana*, t. 162. 270
Crépitation (De la) comme moyen de diagnostic dans les maladies chirurgicales; par *G. E. Maslieurat Lagémard*, t. 166, p. 125; t. 167. 100

Croup (Du traitement chirurgical du). — Hôpital des Enfants. — M. *Guersant* fils, t. 165, p. 119 ; t. 166. 119
Cutanées (Sur un préjugé relatif au traitement des affections) ; par M. *Devergie*, t. 161. 7
Cystite chez un enfant de 11 mois, survenue à la suite de convulsions ; par M. *Reiseberg*, t. 168. 259
Cystotome (Nouvelle pince) ; par M. *Romero y Linarès*, t. 172. 252

D.

Dartres hémorrhoïdaires (Eau de goudron à l'intérieur contre les) ; par le docteur *Jaffé*, t. 163. 241
Delirium tremens chez un enfant de cinq ans ; guérison, t. 163. 238
Dentaires (Sur les fistules de la face liées à des maladies) ; par M. *Adolphe Girard*, t. 164. 133
Dermatoses (Observations sur l'efficacité de l'huile de cade dans les) de forme sécrétante ; par *H. Langevin*, t. 169. 89
Diabète (Traitement rationnel du) par les substances alcalines ; par M. le docteur *Martin Magron*, t. 166. 295
— (Cas de) propres à montrer l'influence des climats chauds sur la guérison de cette maladie ; par le docteur *Keith Imray*, t. 168. 259
— sucré (Considérations sur les causes, le diagnostic et le traitement de la glucosurie, ou diabète) ; par M. *Valleix*, t. 162. 8
Diarrhées (Sur l'action de la poudre de lycopode, tant en potions qu'en lavements, contre les) des enfants ; par le docteur *Behrend*, t. 161. 41
— (De l'emploi des préparations de noyer contre la) et la dyssenterie ; par M. *Scotti*, t. 170. 290
Diathèse purulente (Note sur le traitement de la) ; par le docteur *Jean Paul Tessier*, t. 163. 16
— (Histoire générale des sept) ; par *F. L. Gaillard*, t. 164, p. 213 ; t. 165. 184
Digestion stomacale (Expériences sur la), et recherches sur les influences qui peuvent modifier les phénomènes de cette fonction ; par *Bernard*, t. 162. 2
Dyspepsie (Observations pratiques sur diverses formes de) ; par M. *Robert Dick*, t. 170. 279
Dyssenterie (Sur l'identité essentielle de la), du choléra et du typhus ; par le docteur *Macgrégor*, t. 168. 279
Dystocie par anencéphalie ; par M. le professeur *Villeneuve*, t. 168. 96

E.

Eclampsie (Sur l') durant la grossesse, pendant et après l'accouchement ; par le docteur *F. Plasse*, t. 162. 250
Eczémas (De l'emploi de l'huile de cade et de l'huile pyrogénée de houille dans le traitement des) ; par M. *A. Devergie*, t. 169. 86
Électro-magnétisme (Effet remarquable de l') ; par le docteur *Heller*, t. 168. 282
Eléphantiasis (Guérison d'un) scrotal à l'aide d'une opération, t. 166. 275
Emménagogues (De l'emploi des) dans diverses maladies ; par le docteur *Paris*, t. 169. 60
Empoisonnement par l'urine ; par le docteur *Collier*, t. 165. 286
— par la ciguë ; observation par le docteur *Johnson-Hughes Bennett*, t. 167. 281
— par l'ammoniaque, t. 170. 10
— par l'arsenic. — Double expertise ; dissidence. — Contre-expertise : accord des experts, t. 170. 5

Empoisonnement (Symptômes de l') par la strychnine, t. 170. 9
— (Cas d') par les morilles (morchella ou helvella esculenta); par M. le docteur *Keber*, t. 171. 2
Empyème (Sur le diagnostic de l'), et sur l'empyème pulsatile de nécessité; par le docteur *Robert L. Mac Donnel*, t. 161. 210
Enceintes (Vomissements nerveux des femmes), t. 169. 97
Enfance (Note sur les huiles de ricin et de croton tiglium dans certaines maladies de l'); par le docteur *Spencer Thomson*, t. 166. 253
Epileptiques (Remèdes anti-) du docteur *Marochetti*, t. 162. 241
Epistaxis (Cas très-remarquable d') arrêtée par la compression de l'artère carotide primitive; par M. *Henri Duclos*, t. 163. 266
Ergot de seigle (Sur l'administration de l') et sur ses effets chez la femme en travail et chez le fœtus; par le docteur *Samuel L. Hardy*, t. 161. 228
Éruptions (Des) sudorales; par M. *Duclos*, t. 169, p. 45; t. 170, p 49; t. 171. 30
Érysipèle (Sur l') de la tête, t. 161. 1
Estomac (Perforation de l'), t. 170. 277
Exophthalmos (Sur une espèce particulière d') produit par l'hypertrophie ou la congestion du tissu cellulo-graisseux de l'orbite, et sur le traitement qui lui convient; par M. le docteur *Sichel*, t. 166. 140

F.

Fer (De l'emploi du proto-iodure de) dans quelques affections chirurgicales; par le docteur *Sirus Pirondi*, t. 164. 273
Fiel de bœuf (Observations sur l'emploi du) en médecine; par le docteur *Clay*, t. 165. 263
Fièvre intermittente (Sur le diagnostic, la marche et le traitement de la) chez les très-jeunes enfants; par le docteur *H. Petzold*, t. 163, p. 227; t. 167. 238
Fissure congéniale du voile du palais (Nouvel instrument pour remédier au vice de prononciation qui résulte de la); par M. *Stearus*, t. 163. 254
— à l'anus (De la) chez les enfants à la mamelle, et de son traitement par la ratanhia; par M. *Ducros*, t. 164. 111
Fistules à l'anus (Nouvelle opération pour la guérison des) borgnes internes; par M. *Senna*, t. 162. 255
— hypogastriques et susclitoridiennes entretenues par des calculs biliaires. — Hôpital de Lourcine. — M. *Huguier*, t. 171. 116
— lacrymale (Nouvelle méthode de traitement de la) par le docteur *G. Capelletti*, t. 167, p. 275; t. 168. 294
— lacrymales (Du sublimé corrosif dans les), t. 170. 291
— laryngées (Sur le traitement des) externes; par M. le docteur *Boinet*, t. 167, p. 99; t. 168. 103
— (Réflexions sur l'anatomie pathologique et la thérapeutique des) urinaires uréthrales chez l'homme; par M. *Jobert*, t. 170, p. 174; t. 171. 185
Fœtus (Naissance d'un) de 8 mois enfermé dans les membranes demeurées intactes; par M. *Bulter Lanc*, t. 164. 259
Foie (Excision d'une portion du), faite chez un homme vivant; communiquée par M *Macpherson*, t. 166. 267
— (Tubercules du); observation du docteur *C. Bonafini*, t. 168. 253
— (Revue des travaux modernes sur la structure interne du); par le docteur *Louis Mandl*, t. 171. 3
Folie (Des indications à suivre dans le traitement moral de la); par *F. Leurel*, t. 161, p. 112; t. 162. 160
Fosses d'aisances (Méphitisme et désinfection des); par M. le docteur *A. Guérard*, t. 162. 1

Fracture des premières vertèbres cervicales ; observations par le docteur *Copland* et *Spangenhern*, t. 171. 284
— des deux os de l'avant-bras, t. 166. 124
— du col du fémur. Difficulté du diagnostic. De la mensuration des membres. — Hôpital de la Charité. — M. *Velpeau*, t. 166. 299
— (Observations sur l'emploi de l'appareil à vis dans les) obliques de la jambe ; par M. *Jules Davasse*, t. 169, p. 131 ; t. 170. 133
— (Mémoire sur les) du sacrum et du coccyx ; par le docteur *Malgaigne*, t. 169, p. 106 ; t. 170. 125
Fragments d'acier (Nouveau moyen de reconnaître la présence et la direction d'aiguilles ou autres) perdus dans les chairs, à l'aide de l'électro-magnétisme ; par M. *Smee*, t. 162. 268

G.

Gangrène sénile (Sur le traitement de la) ; par M. *S. Taylor*, t. 163. 247
Gastriques (De l'emploi du sel marin dans quelques affections) et intestinales ; par le docteur *Ch. Lasègue*, t. 162. 66
Gastro-intestinal (Deux cas d'inflammation de l'appareil), étendue au plexus solaire et au ganglion sémi-lunaire, verifiée à l'autopsie ; par M. *Silvano*, t. 166. 243
Gastrotomie (De la) ; par le professeur *C. Sédillot*, t. 172. 120
— suivie de succès dans un cas de grossesse extra-utérine ; par le docteur *Mac Culloch*, t. 167. 272
Gaz (Considérations pratiques sur les causes, la nature, le diagnostic et le traitement des) développés dans les voies digestives ; par M. *Amédée Latour*, t. 166, p. 55 ; t. 168. 75
Gencives (Sur une forme particulière d'ulcérations des) qui a sévi d'une manière épidémique sur les enfants d'une maison de travail de Dublin ; par le docteur *J. F. Duncan*, t. 167. 262
Gomme-gutte (De l'action élective de la) dans les maladies irritatives du tube digestif ; par le docteur *S. Castiglioni*, t. 162. 238
Gonorrhée (Traitement de la) ; par M. *M. Donald*, t. 165. 285
— (Note sur l'emploi de la bougie enduite de nitrate d'argent dans le traitement de la) ; par M. le docteur *Debeney*, t. 172. 274
Gosier (Cas d'extraction d'un corps métallique engagé dans le) ; par M. *Bulley*, t. 171. 279
Grenouillette (Du traitement de la) par les injections iodées ; par M. *Ant. Bouchacourt*, t. 172. 147
— (De la) chez les enfants. — Hôpital des Enfants. — M. *Guersant* fils, t. 164. 122
Grossesse abdominale (Observation de) ; par M. *Cerise*, t. 163. 62
— (Cas de) anormale extra-utérine ; par M. *Grossi*, t. 162. 245
— (Du diagnostic de la) ; par M. le professeur *Paul Dubois*, t. 162. 71
— (Observations et recherches nouvelles pour servir à l'histoire médico-légale des) fausses et simulées ; par le docteur *Ambroise Tardieu*, t. 161, p. 142 ; t. 164. 194
— utérine (Observation sur un cas de mort survenue du troisième au quatrième mois d'une), par suite de vomissements opiniâtres ; par M. le docteur *Vigla*, t. 170. 87
— (Observation de mort subite pendant la) ; par le docteur *William Robins*, t. 171. 271
Guano (Sur les effets toxiques du) ; par les docteur *Watson* et *Charles Kidd*, t. 165. 288

H.

Hallucinations (Des) ; par le docteur *Macario*, t. 161, p. 125 ; t. 162, p. 170 ; t. 163. 129

Hématocèle (Observation d') spontanée par le docteur *Svalin*, t. 171. 260
Hémoptysie (Des bons effets de l'acétate de plomb à l'intérieur, dans le traitement de l') ; par le docteur *Sirus Pirondi*, t. 171. 66
Hémorrhagies (Note sur les) qui surviennent pendant le travail de l'accouchement, par suite de l'insertion partielle du placenta sur le col ; par le docteur *Manget*, t. 165. 104
— (Sur le traitement des) tenant à l'implantation du placenta sur le col, par l'extraction du placenta avant l'enfant; par MM. *Simpson*, *Lee*, *Radford*, *Chowne*, *Ashwell* et *Newnham*, t. 165. 96
— (De l'essence de térébenthine à haute dose, dans le traitement du purpura) ; par le docteur *Neligan*, t. 172. 241
Hémorrhagique (Diathèse) ; hémorrhagie durant dix jours à la suite de l'extraction d'une dent molaire ; par M. *Clay*, t. 167. 253
Hémorrhoïdales (Des coliques) ; par *Ch. Lassegue*, t. 161. 18
— (Pommade avec l'extrait des feuilles de sureau, l'alun calciné et l'onguent populéum, employée comme anti-), t. 171. 71
Hémorrhoïdes de la vessie (Rétention d'urine causée par des) ; nécessité de la ponction de cet organe ; par M. *Krause*, t. 163. 239
— (Mémoire sur la destruction des) internes par la cautérisation circulaire de leur pédicule avec le caustique de potasse et de chaux (caustique de Vienne solidifié de M. Filhos) ; par *J. Z. Amussat*, t. 170, p. 155 ; t. 171, p. 123 ; t. 172. 125
Hernie, abcès de la fosse iliaque chez une femme enceinte, t. 165. 271
— (Deux) étranglées sur la même personne ; opération ; mort ; par M. *Richet*, t. 166. 137
Hépatite (Cas d') suivi d'un abcès contenant des hydatides ; par le docteur *Falloord*, t. 167. 251
Hôpital (Onzième compte rendu de l') de Heilbronn, de 1844 à 1845 ; par le docteur *Sicherer*, t. 170. 290
Hydarthroses (Du traitement des) par le tartre stibié ; par le docteur *Biechy*, t. 165. 132
— du genou traitée par les onctions avec la pommade au nitrate d'argent, t. 167. 126
Hydatides (Note sur les) ; par *P. Gervais*, t. 163. 267
Hydrophthalmie. Extirpation du globe de l'œil par le procédé de M. Bonnet (de Lyon). Guérison ; par M. *L. Lenoir*, t. 164. 160
Hydrocèle (Guérison de l') sans opération ; par M. *J. Harvey*, t. 163. 254
— (De l') chez les enfants. — Hôpital des Enfants. — M. *Guersant* fils, t. 164. 118
Hydrophobie (Formule d'un remède contre l'), t. 164. 271
Hygiène publique. Introduction d'une nouvelle substance alimentaire (l'arracacha) en Europe. — Analyse de l'air de quelques mines. — Inconvénient de l'usage des vases de zinc destinés à contenir de l'huile, t. 164. 15
Hystériques (Etudes sur les causes organiques et le mode de production des affections dites) ; par *Ch. Schutzenberger*, t. 166, p. 27 ; t. 171, p. 20 ; t. 172, p. 14 ; t. 167. 37

I.

Ictère (Sur une variété particulière d') encore peu connue ; ipécacuanha, t. 163. 226
— (Recherches sur les formes de l') essentielle ; par *Charles Ozanam*, t. 166, p. 15 ; t. 167. 29
— (De l') et de son traitement ; par M. le professeur *Forget*, t. 168. 69

Incontinence d'urine (De l') nocturne chez les enfants, et de son traitement par les ferrugineux, t. 163. 78
Industrie (De l'influence que l') exerce sur la santé des populations dans les grands centres manufacturiers; par M. le docteur *Thouvenin*. t. 165, p. 1 ; t. 166, p. 1 ; t. 167. 1
Infanticide par suffocation. — A quel degré d'exaltation et de trouble intellectuel peuvent conduire les douleurs de l'enfantement chez une femme qui se trouve dans la nécessité de les dissimuler? — Jusqu'à quel point cette contrainte et ce trouble peuvent-ils anéantir la liberté de conscience et de réflexion? — Infanticide pas asphyxie au moyen de l'occlusion des narines et de la compression des lèvres.—Accusation d'infanticide.—Asphyxie par submersion.—Question relative aux signes de la submersion chez les nouveau-nés, t. 169. 164-169
Infirmités de la main droite (De quelques) qui s'opposent à ce que les malades puissent écrire, et du moyen de remédier à ces infirmités ; par *J. J. Cazenave*, t. 163. 257
Intestin (Notice sur l'épithélium de l') ; par le docteur *Küss*, t. 163. 3
Iris Preuves de la structure vasculaire de l'), controversée jusqu'ici ; par M. *Gaddi*, t. 166. 276

K.

Kystes des paupières chez deux malades. Remarques cliniques sur cette affection. — Hôpital Beaujon. — M. *Robert*, t. 164. 275

L.

Leucorrhée. — Métrite chronique. — Applications de tannin et de belladone sur le col de l'utérus, t. 172. 273
Lipomes (Extirpation de dix-neuf) du cuir chevelu ; par M. *Salazar*, t. 172. 251
Lithotriteurs (De la fracture et de la déformation des instruments) ; par le docteur *Civiale*, t. 163. 118
Lithotritie (Cassure de l'instrument dans la vessie, dans un cas de) ; observation due à M. le docteur *Taroni*, t. 161. 81
— (Des accidents attribués à la méthode en), et qui dépendent de l'opérateur ; par M. le docteur *Civiale*, t. 168. 143
— (Mémoire sur la), lu à la Société de médecine de Lyon ; par M. *Bonnet*, t. 171. 141
Lumbago (De l'application du calorique et de l'électro-magnétisme dans le traitement du) et de certaines affections musculaires, t. 167. 255
Luxation (Sur un cas de) de l'avant-bras produite par une cause peu commune ; par le docteur *Weber*, t. 161. 245
— du fémur en arrière sur l'échancrure sciatique, chez un enfant de 8 ans, t. 161. 248
— (Observations sur la) de la mâchoire avec un appareil fort simple pour en prévenir la récidive ; par *J. L. Lewison*, t. 168. 291

M.

Magnétisme (De l'action thérapeutique du) minéral ; par M. le docteur *Mickwitz*, t. 164. 257
Maladies (Considérations sur les différents groupes de), et sur les cas principaux.— Hôpital de la Charité. — M. *Velpeau*, t. 171, p. 205; t. 172. 179
Mamelon (Des excoriations du) chez les femmes primipares. Nouvelle méthode prophylactique ; par M. *Fioravante Rossi*, t. 161. 231

Manie (Des avantages de l'ellébore noir en particulier contre la) et la mélancolie ; par M. *Gozzi*, t. 170. 270
Matrice (Rétroversion de la), avec prolapsus de la vessie; observation par le docteur *J. Whitehead*, t. 161. 253
— (Observation d'une déchirure de la), t. 165. 269
— (Recherches d'anatomie comparée sur les canaux angéiophores et les villosités de la) ; par le docteur *M. H. Deschamps*, t. 167. 8
Maxillaire inférieur (Quelques considérations sur l'amputation et la résection de l'os) ; par M. *Lisfranc*, t. 168. 131
Médecine légale. — Assassinat d'un jeune garçon ; accident simulé. — Mort violente ; blessures à la tête et submersion ; doutes sur la cause de la mort ; impossibilité démontrée d'un suicide ou d'un accident.— Assassinat par strangulation ; preuves irrécusables déduites de l'examen du cadavre, t. 164. 206-209
— légale. — Tentatives multipliées d'assassinat et d'empoisonnement. — Des violences exercées sur les parties génitales d'un homme peuvent-elles amener la mort ? — Le jus de crapaud, le verre pilé et l'onguent mercuriel sont-ils des poisons ? Peut-on, d'après les seuls symptômes éprouvés par une personne présumée empoisonnée, affirmer qu'il y a eu empoisonnement ? t. 169. 164
Médicale (Revue), t. 172. 170
Mélanose pulmonaire (De la) chez les mineurs ; par le docteur *Brockmann*, t. 161. 216
Méninges (De l'inflammation franche des) chez les enfants (arachnitis de la convexité de Parent et Martinet) ; par le docteur *Rilliet*, t. 172. 92
Méningite tuberculeuse (Nouvelles recherches sur la) chez les enfants ; par le docteur *Rillet*, t. 161, p. 63 ; t. 162, p. 100 ; t. 171, p. 72 ; t. 172. 71
Méningo-encéphalite. Mort. Autopsie.—Hôtel-Dieu. — M. *Chomel*, t. 167. 57
Menstruation (Du nitrate d'argent à l'intérieur dans le cas de) trop abondante ; par le docteur *Ditterich*, t. 163. 241
Métrorrhagie (Sur l'application du galvanisme dans un cas de) accidentelle ; par M. *Th. Radford*, t. 166. 252
— (Efficacité des douches graduées et de la sabine pour arrêter la) foudroyante ; par M. le docteur *Chenouard*, t. 167. 60
— (Observation de) suivie de la mort chez une jeune fille de 17 ans ; par le docteur *Whitehead*, t. 171. 262
Moelle épinière (Cas de division de la) ; par M. *Eli Hard*, t. 161. 250
Môle hydatique ; par le professeur *D. Francisco Alarcos*, t. 165. 271
— (Histoire d'une) par faux germe, observée chez une femme de 35 ans, après vingt-neuf ans de stérilité ; par *D. Antonio Navarro y Barnès*, t. 165. 272
Monomanie (Quelques considérations sur la) ; par M. *Baillarger*, t. 170, p. 167 ; t. 171. 166
Morts subites (Mémoire sur quelques cas de) ou très-promptes, dépendant notablement de maladies du cœur ou des gros vaisseaux ; par le docteur *H. C. Lombard*, t. 172. 21
Myo-ténotomie (Indications et contre-indications de la) ; par le docteur *Neumann*, t. 169. 280

N.

Nécrose (Sur une) particulière des maxillaires, développée dans les fabriques d'allumettes chimiques ; par M. *Strohl*, t. 161. 85
Néphrite albumineuse (Sur la coïncidence de la) avec la phthisie pulmonaire et sur l'influence de la diathèse scrofuleuse comme cause prédisposante de cette maladie ; par le docteur *T. Bevil Peacock*, t. 168. 254

Néphrite albumineuse (Sur les caractères de l'urine dans la) ; par le docteur *Schlossberger*, t. 168. 257
Nerfs (Note sur les accidents qui suivent la piqûre des); par M. *Aug. Bérard*, t. 164. 137
— facial (Cas de paralysie du) avec perte complète du goût ; par M. *Gola*. t. 170. 274
Nerveux (De la valeur des symptômes) sous le rapport thérapeutique ; par le docteur *Fuster*, t. 161. 271
Névralgies (Recherches sur les) traitées par le quinquina et ses préparations ; par le docteur *E. Hermel*, t. 163, p. 36 ; t. 164. 81
Névrome du nerf tibial postérieur déterminant de vives douleurs nevralgiques sur le trajet des nerfs sciatique, tibial postérieur et cutané du genou et de la jambe. Ablation de la tumeur. Paralysie incomplète du pied, t. 169. 271

O.

Odontalgique (Formule d'un topique) efficace, t. 162. 275
— (Nouvelle préparation camphrée); par M. *Cottereau* fils, t. 169. 290
OEil (Observation d'hémorrhagie spontanée de la membrane qui tapisse la chambre antérieure de l') ; par M. *H. Taylor*, t. 163. 255
Ophthalmie (Sur l') des femmes en couches; par le professeur *Robert Lee*, t. 167. 267
— des femmes en couches (observation de phébite puerpérale et suppuration du globe de l'œil) ; par le docteur *E. L. Ormerod*, t. 169. 268
— (Sur une) épidémique qui a coïncidé avec la fièvre épidémique de Glascow ; par le docteur *Andrew Anderson*, t. 169. 288
— purulente gonorrhéique des deux yeux. Antiphlogistiques et cautérisation avec le nitrate d'argent. Guérison. — Hôpital Saint-Louis. — M. *Jobert*, t. 171. 163
Opium (Des dangers de l'administration de l') dans les maladies des enfants; par le docteur *Sobolka*, t. 162. 233
Orbite (Sur le diagnostic et le traitement des tumeurs de l'); par M. *O'Ferral*, t. 167. 279
Oreille (Recherches statistiques sur les maladies de l'); par le docteur *Is. Harrison*, t. 167. 244
— (Sur les maladies de l') considérées dans leurs rapports avec l'encéphale et les méninges; par M. *Silvano*, t. 170. 268
Ostéomalacie (Opération césarienne dans un cas d') ; enfant mort, déjà en décomposition ; mort de la mère ; par M. *Ed. de Siebold*, t. 164. 261
Ouïe (Mémoire sur le traitement des maladies de l') ; par M. *Bonnafont*, t. 165. 17
— (Sur l'exaltation idiopathique de l') ; par le docteur *Schmalz*, t. 168. 274
Ovaire (Guérison d'une hydropisie de l') par la compression, les mercuriaux et les diurétiques ; observation par le docteur *Isaac B. Brown*, t. 161. 223
Ovariotomie (Sur l') ; par le docteur *Samuel J. Jeaffreson* et le docteur *Benjamin Phillips*, t. 167. 263

P.

Papuleuses (Remarques pratiques sur quelques points du traitement des affections) et sur l'emploi, dans ces cas, d'une pommade créosotée, t. 166. 68

Paralysie générale (Nouvelles considérations sur la) incomplète; par M. *Hipp. Blot.* — Hôpital de la Salpêtrière. — M. *Baillarger*, t. 168, p. 62 ; t. 169. 37
Parotide (Extirpation de la) squirrheuse et de la glande sous-maxillaire, compliquée d'introduction effrayante de l'air dans le cœur ; par M. *Marzuttini*, t. 169. 273
— (Extirpation de la); par le docteur *F. H. Brett*, t. 171. 272
Paupière supérieure (Résumé statistique de plusieurs observations de paralysie de la) ; par le docteur *J. F. France*, t. 171. 285
Peau (Considérations sur l'oxyde rouge de mercure employé à l'extérieur dans plusieurs formes de maladies de la) ; par M. le docteur *Ibreliste*, t. 167. 62
Péricardite (Recherches statistiques sur les causes de la), et en particulier sur le rhumatisme articulaire aigu et la néphrite albumineuse considérés comme causes de cette maladie ; par le docteur *John Taylor*, t. 168. 49
Périnée (Aponévrose du), plus spécialement chez la femme ; par le docteur *J. F. Jarjavay*, t. 170. 21
Péritonite (Considérations pratiques sur la) chronique et son traitement ; par M. *Valleix*, t. 167. 46
— (De la) chez les enfants nouveau-nés ; par le docteur *Thore*, t. 169, p. 98 ; t. 170, p. 96 ; t. 171, p. 85 ; t. 172. 80
Peste (Sur la possibilité d'employer l'électricité pour désinfecter les marchandises suspectes de) ; par M. *Pezzoni*, t. 169. 255
Phlébite utérine, t. 170. 276
Placenta (Sur le développement du) dans la trompe de Fallope ; par le docteur *J. M. Ragan*, t. 167. 269
Plaie par arme à feu de la face et du cou ; hémorrhagie secondaire ; ligature des deux carotides à quatre jours de distance ; guérison ; par le docteur *G. Elis*, t. 163. 252
Pléthore (Etudes sur la) ; par M. *Pidoux*, t. 170, p. 199 ; t. 171. 193
Plomb (Coloration des gencives sous l'influence de l'intoxication par le). — Valeur et signification de ce symptôme, t. 161. 269
Pneumonies traitées par la teinture de cantharides, t. 162. 236
— (Recherches sur l'expectoration dans la) ; par M. *Remak*, t. 162. 25
Police médicale. — Remèdes secrets. — Exercice de la pharmacie sans diplome ; médicaments altérés ; double responsabilité, t. 164. 212
— médicale. — Annonce et vente de remèdes secrets, t. 169. 171
Polypes du nez et de l'oreille. Considérations sur ces derniers. Du broiement comme opération pour les polypes fibreux. — Hôpital de la Charité. — M. *Velpeau*, t. 168. 128
— utérins (Sur les) ; par le docteur *W. F. Montgomery*, t. 169. 283
— du rectum chez l'enfant. — Hôpital des Enfants. — M. *Guersant* fils, t. 171. 77
Pommes de terre malades (Effets des) sur le corps humain ; par le docteur *Banks*, t. 162. 231
Position (Note sur une cause de mauvaise) des enfants dans le sein de la mère et au moment de la naissance ; par *S. Tanchou*, t. 162. 98
Poudre-coton de M. Schœnbéin ; poudre-coton de M. Bottger ; fulmicoton de Morel ; poudre-coton de MM. Chodsko et Otho, t. 171. 288
— coton (Sur la) ; par M. *Otto*, t. 172. 269
Poumons (Sur une affection particulière des), observée chez les mineurs, et appelée phthisie noire ou mélanose des mineurs ; par les docteurs *Brockmann* et *Archibald Makellard*, t. 168. 262
Prostate (Sur le traitement d'une forme particulière de maladie de la glande) ; par M. *W. Colles*, t. 162. 264
Puerpérales (Remarques sur les convulsions) ; par le docteur *Lever*, t. 168. 284

Pupilles artificielles pratiquées sur un aveugle ; guérison ; par le docteur *Desmarres*, t. 165. 292
— (Proposition d'un moyen pour rendre plus utiles certaines) artificielles ; par M. *Trinchinetti*, t. 166. 278
Purpura hémorrhagica (Du traitement du) par l'huile essentielle de térébenthine ; par le docteur *J. M. Neligan*, t. 163. 233
Purulente (Note sur le traitement de la diathèse) (fièvre puerpérale, phlébite, infection purulente), au moyen de l'aconit ; par M. *J. P. Tessier*, t. 165. 110
— (De l'emploi du calomel dans l'infection) ; par M. *Reymonet*, t. 166. 298

Q.

Quinoïdine (Sur les propriétés thérapeutiques et l'emploi de la), de la salicine et de l'ilicine ; par M. le docteur *Bertini*, t. 165. 289

R.

Rage (Remède contre la), t. 170. 305
Rate (Deux observations de la maladie de la), avec pus dans le sang; par M. *David Craigie*, t. 162. 220
— tombée dans le bassin ; symptômes de péritonite suraiguë et d'étranglement intestinal ; mort ; par M. *Bozzi*, t. 170. 273
— (Déplacement de la) et du pancréas, péritonite ; par M. *Francisco Alonso*, t. 172. 235
Rénales (Note sur l'oblitération des veines) et sur les accidents qui sembleraient en être le résultat ; par M. *J. Cossy*, t. 162. 16
Résorption purulente (Essai sur la) ; par le docteur *Thomas O. Rayner* t. 171. 148
Revue thérapeutique. — Des remèdes dits expectorants et de leur indication. — De l'action physiologique et thérapeutique de l'aconit napel. — Application des bandages dextrinés au traitement de l'eczéma. — Emploi de l'oxyde noir de mercure contre les vomissements des femmes enceintes. — Substitution du bromure à l'iodure de potassium dans le traitement des affections syphilitiques. — Arsenic dans les fièvres intermittentes. — Association du carbonate de fer au sulfate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes. — Traitement topique de certaines maladies de la peau. — Efficacité de la brucine contre les paralysies rebelles, suite d'apoplexie ; mode d'action de ce médicament. — De l'ipécacuanha à dose vomitive, considéré comme tonique. — Guérison d'un empoisonnement par le vert-de-gris, au moyen de l'albumine et du proto-sulfure de fer. — Nouveau procédé pour la préparation du tartrate de potasse et d'antimoine. — Moyen de reconnaître le degré d'activité de la digitale, t. 165. 70-81
Révulsion (De la) et de la dérivation ; par M. le docteur *Marrotte*, t. 167, p. 162 ; t. 168, p. 178 ; t. 169. 173
Rhumatisme (Du) articulaire ; M. par *Rostan*, t. 161. 12
— gonorrhéique (Sur le) ; par M. *Kinnier*, t. 167. 259
— (Deux observations de) avec circonstances particulières ; par M. *Schoenlein*, t. 168. 275
Roséole (Cas de) goutteuse ; par M. *Tommasi*, t. 170. 265

S.

Sang (Nouvelle méthode d'analyse du), principalement à l'usage des cliniciens ; par M. *Polli*, t. 161. 208

Sang (De la couenne du) ; par M. *Georges Gulliver*, t. 162. 217
— (Sur la dépuration du) ; par le docteur *Barlow*, t. 166. 240
— (Nouvelles recherches sur la composition du) dans l'état de santé et dans l'état de maladie ; par MM. *A. Becquerel* et *A. Rodier*, t. 167, p. 16 ; t. 168, p. 37 ; t. 169, p. 22 ; t. 170. 35
— (Note sur la présence normale du sucre dans le) ; par M. *Magendie*, t. 170. 1
— (Du) considéré comme contre-poison de l'arsenic, t. 171. 1
— (Sur la composition du) dans les maladies cancéreuses ; par le docteur *Florian Heller*, t. 171. 247
Scammonée (Sur l'emploi de la) et sur un mode particulier de préparation de cette substance ; par le docteur *Wimmer*, t. 172. 276
Scorbut (Recherches, observations et expériences sur le) ; par M. *Novellis*, t. 169. 256
Scrofules (Sur les) ; par le docteur *Griesinger*, t. 164. 254
Scrofuleuse (Sur l'affection) et l'affection tuberculeuse ; leur nature et leur traitement ; par le docteur *Schoepf*, t. 165. 259
— (Observations montrant l'utilite de l'huile de foie de morue dans les affections) ; par M. *Daveri*, t. 169. 262
Scrofuleux (Considérations pratiques sur les bubons) et leur traitement ; par *F. Gabalda*, t. 162. 110
Sécrétions (Note sur le mécanisme des) ; par *A. Lereboullet*, t. 164. 20
Séminales (Considérations sur les causes, le diagnostic et le traitement des pertes) involontaires ; par M. *Valleix*, t. 164. 179
Sialorrhée (Cas de), avec analyse de la salive et de l'urine ; par le docteur *Glover*, t. 166. 247
Sommeil (Du) ; de son importance pour prévenir la folie, t. 164. 267
Spasmes (Mémoire sur les) musculaires idiopathiques et sur la paralysie nerveuse essentielle ; par M. *A. Delpech*, t. 164. p. 31 ; t. 165, p. 25 ; t. 166. 40
Spermatorrhée (Du traitement de la), par le seigle ergoté ; par le docteur *Jarowitz*, t. 172. 239
Spina-bifida (Des divers procédés opératoires pour le traitement du). t. 165. 138
Splénoncie sanguine guérie ; par M. *Giocondino del Zio*, t. 162. 218
Sudorales (Des éruptions) ; par M. *Duclos*, t. 172. 1
Surdi-mutité (Recherches sur l'orgine de la) ; par M. *P. Menière*, t. 163, p. 27 ; t. 164. 45
Surdité (Recherches pratiques sur le traitement de la), et en particulier sur le cathétérisme de la trompe d'Eustache ; par le docteur *Marc d'Espine*, t. 167, p. 127 ; t. 169. 118
Syphilis (Mémoire sur l'évolution de la) ; par M. *Cullerier*, t. 161. 138
— (Mémoire sur un état inflammatoire simple, se manifestant quelquefois à la suite des accidents vénériens primitifs, et pouvant simuler une) constitutionnelle ; par M. *Diday*, t. 165, p. 164 ; t. 166, p. 149 ; t. 167. 152
— (Sur la) congéniale ; par M. *Rizzi*, t. 170. 303
— (Cas de) très-grave ; par M. *Torrachi*, t. 170. 304
Syphilitiques (De l'emploi de l'iodure de potassium dans les maladies) ; par M. *Payan*, t. 161, p. 27 ; t. 162 ; p. 48 ; t. 163, p. 44 ; t. 164, p. 66 ; t. 165, p. 43 ; t. 167, p. 65 ; t. 168, p. 82 ; t. 169, p. 74 ; t. 170, p. 73 ; t. 171. 52
— (Mémoire sur le testicule) ; par le docteur *J. Hélot*, t. 165, p. 171 ; t. 166. 160
— (Mémoire sur les tumeurs) des muscles et de leurs annexes ; par *F. Bouisson*, t. 168, p. 164 ; t. 169. 152

T.

Taille (De l'opération de la). — Hôtel-Dieu. — M. *Roux*, t. 165. 142
Tendon d'Achille (Sur la section du) ; par le professeur *Stromeyer*, t. 161. 252
Tétanos (Note sur l'existence de deux variétés distinctes de) ; par M. le docteur *Toulmouche*, t. 162. 32
Thérapeutique (Bulletin de) médicale ; par M. le docteur *S. Sandras*, t. 172. 35
— (Revue). — Sur l'arbre bebeeru et sur le sulfate de bebeerine (nouvel alcaloïde fébrifuge), t. 172. 44
Thrombus de la vulve (Quelques remarques sur le) ; par M. *Velpeau*, t. 163. 69
— vulvo-périnéal (Observation de), t. 163. 66
Tic douloureux (Sur la nature et le traitement du), t. 165. 260
Toux (Sur la) nocturne des enfants ; par le docteur *Braniss*, t. 164. 255
— (Quelques remarques sur la) périodique nocturne des enfants ; par le docteur *Behrend*, t. 162. 230
Toxicologie. — Empoisonnement par le thon. — Empoisonnement par des harengs gâtés. — Empoisonnement par le vinaigre. — Empoisonnement par l'huile essentielle d'amandes. — Modifications de l'appareil de Marsh. — Sur l'influence toxique des papiers de tenture de couleur verte, t. 164. 266
Transpiration (Moyen nouveau et très-simple de développer une abondante), t. 161. 270
Tubercules (Recherches statistiques sur le siége des) chez l'enfant ; par le docteur *P. Hennis Green*, t. 170. 266
Tumeur rare, et non décrite encore, siégeant dans la région iliaque droite chez une femme, à la suite de couches. — Hôpital de la Charité. — M. *Velpeau*, t. 167. 88
— de mauvaise nature dans l'épaisseur de la cloison pharyngo-laryngienne. — Hôpital de la Charité. — M. *Velpeau*, t. 168. 100
— énorme (Extirpation d'une), pesant trente-cinq livres et quatre onces ; par M. *Olivarès*, t. 172. 248
— volumineuse de la jambe et de la cuisse ; amputation ; guérison ; par M. *Rafael Diez*, t. 172. 254
Typhoïde (Sur la fièvre), t. 161. 5
— (Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique du sulfate de quinine à haute dose dans la fièvre) ; par M. le docteur *Paul Boucher*, de la Ville-Jossy, t. 165, p. 57 ; t. 166. 85
— (Mémoire sur une fièvre) qui a semblé se développer sous l'influence de miasmes locaux ; par *Rob. Christison*, t. 169. 244

U.

Ulcération phagédénique de la jambe. Du pronostic. — Hôpital de la Charité. — M. *Velpeau*, t. 168. 99
Ulcères (Des), de leurs causes et de leur formation ; par M. *Culter*, t. 163. 245
Urèthre (Note sur un nouvel instrument pour pratiquer la cautérisation du canal de l') ; par M. le docteur *Ollagnier*, t. 164. 144
— (Traitement des écoulements de l') chroniques par l'application d'un vésicatoire sur le genou, t. 172. 247
Uréthrite (De l') chez la femme ; par *J. Boys de Loury* et *H. Costilhes*, t. 166. 174
Urine (Sur la chimie pathologique de l') et du sang ; par le docteur *Georges Padley*, t. 163. 219
Utérin (Deux cas de parturition retardée par la rigidité du col) ; par M. *John Lever*, t. 162. 247
— (Moyens pour éviter les pertes) après l'accouchement ; par le docteur *Senn*, t. 163. 64
Utérus (Cas de rétroversion singulière de l') ; par le docteur *De Billi*, t. 161. 238

Utérus (Du débridement du col de l') dans les cas où l'état de contraction de cet organe devient un obstacle à l'accouchement; par M. le docteur *Edouard Laborie*, t. 162. 82
— (Observation de perforation du col de l') produite par le pied de l'enfant, pendant un accouchement; par le docteur *T. Williamson*, t. 162. 244
— (Cas d'antéversion de l') pendant la grossesse; par M. *Robert Lane*, t. 163. 242
— (Prolapsus complet de l') pendant le travail; accouchement artificiel suivi de réduction de l'organe et d'une guérison complète; par le docteur *Raymond-Harris*, t. 164. 264
— (Ablation d'une tumeur enkystée du ligament large de l'); par *G. Southam*, t. 165. 281
— (Rupture de l'), section de l'abdomen, guérison; par le docteur *Kuhne*, t. 165. 270
— (Sur les granulations et l'étroitesse de la cavité du col de l'), et les moyens qu'on peut opposer à ce genre d'affections, t. 166. 116
— (Recherches sur les corps fibreux et les polypes de l') considérés pendant la grossesse et après l'accouchement; par le docteur *Am. Forget*, t. 166. 101
— (Recherches sur les polypes fibreux de l') qui compliquent la grossesse et l'accouchement, et sur le traitement qu'ils réclament; par *Ant. Danyau*, t. 167. 78
— (De l'application du cautère actuel à l'épine dorsale dans les maladies fonctionnelles de l'), t. 168. 281
— (Un mot sur les granulations du col de l') et leur traitement, t, 169. 94
— (Recherches d'anatomie comparée sur la tunique interne de l') et sur la membrane caduque; par le docteur *Deschamps*, t. 169, p. 12; t. 170, p. 11; t. 171. 8
— (Remarques cliniques sur les phlegmasies chroniques de la membrane muqueuse de) et sur leur traitement; par M. *Robert*, t. 172. 53

V.

Variole (Sur le traitement abortif de la) au moyen des préparations mercurielles employées sous la forme emplastique, t. 164. 54
Varioleux (Nouveaux préservatifs contre les cicatrices des boutons); par le docteur *Thielmann*, t. 165. 290
Variole (De la), la vaccine, la varioloïde, la varicelle, la vaccination et la revaccination, par le docteur *Koesch*, t. 170. 264
Varioloïde (Sur la), t. 170 265
Vénériennes (Recherches sur l'emploi du calomel à doses réfractées dans le traitement des maladies); par M. le docteur *Dany*, t. 167, p. 148; t. 168, p. 154; t. 169, p. 142; t. 170. 186
Vénéneuses (Rapport et ordonnance sur la vente et l'emploi des substances) en France, t. 172. 259
Ver (Destruction d'un) siégeant dans les chambres de l'œil humain; observation clinique du docteur *R. C. Salvatore Alessi*, t. 165. 284
Vérole (Traitement spécifique de la petite); par M. le docteur *Fritz*, t. 164. 63
Vertigo (Remarques cliniques sur un cas de); par M. *Evans*, t. 167. 250
Verugas, maladie endémique dans le Pérou, t. 164. 269
Vésicatoires (De l'abus des) chez les jeunes enfants; par M. *Quiet*, t. 165. 81
Vessie (Parancentèse de la) par le rectum, pour une rétention d'urine; par M. *Linoli*, t. 166. 265
— (Sur la manière de constater la distension de la); par M. *Colles*, t. 168. 262
Vitré (Découverte de la structure du corps); par *A. Hannover*, t. 168. 30

Vulve (De la cautérisation par le nitrate d'argent dans certaines affections de la) et du méat urinaire ; par M. le docteur *J. Soulèce*, t. 165. 115

Y.

Yeux (De l'emploi du collyre de térébenthine dans le traitement de diverses maladies des); par le docteur *S. Laugier*, t. 165. 161

Z.

Zinc (Observations cliniques sur le valérianate de) ; par M. *Namias*, t. 170. 284

FIN DE LA TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES.